

W6
18
M285p
1915

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA

PROGRAMA

DE OBSTETRICIA

== CURSO ==
DE LA MATERNIDAD

Dr. Belisario Manrique

+

CONCURSO DE 1915

LIMA

IMPRENTA Y LIBRERIA DE SAN PEDRO
Calle de San Pedro N.º 388
1915

WQ 18 M285p 1915

47630270R



NLM 05244973 2

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE



DUE TWO WEEKS FROM LAST DATE

JUL 11 1961

GPO

881473

Programa de Obstetricia

Annex

WQ

18

M285p

1915

AL formular el programa destinado á la enseñanza de Obstetricia en la Maternidad, ofrécese una cuestión previa: la de fijar la orientación que ha de darse á dicha enseñanza. A este propósito cuando, hace solo pocos meses, sostenía en el seno de la Facultad, la completa autonomía é independencia de esta Cátedra, y decía, en apoyo de mi tesis, que «la finalidad de la enseñanza es diferente tratándose de las alumnas de la Maternidad de aquella que debe perseguirse en los alumnos del 7º año de Medicina, lo que revela que las cátedras son distintas», dejaba ya entrever que la orientación de la enseñanza debe, por lo mismo, ser tambien diferente en uno y otro caso. Y así es, en efecto, no solo, porque como decía entonces «hay explicaciones previas, necesarias, indispensable para las alumnas, que están fuera de lugar tratándose de los alumnos; y, al contrario, detalles en que es preciso detenerse mucho con estos y que ha de pasarse muy de ligero ó por alto en aquellas, sino por algo mucho mas importante, ya que el objetivo de las alumnas es el parto natural, que han de estudiar en todos sus detalles, sobre todo en lo relativo á diagnóstico y asistencia; mientras que, en los alumnos, el objetivo es la distocia, cuyas causas y mecanismo, han de estudiar á fondo, para abordar con provecho el estudio de la medicina operatoria obstétrica.

No quiere decir esto que las alumnas han de pasar por alto el estudio de la distocia, ni aquellos, los

alumnos, el del parto natural. Nó. Es que haciendo unas y otros, el curso completo de tocología; mientras las alumnas necesitan especializarse, por decirlo así, en ciertas cuestiones: las relativas al parto natural; aquellos han de hacerlo, en las relativas á la distocia, y tokurjia. Las alumnas, estudian la distocia, especialmente, para establecer con oportunidad un diagnóstico; y las operaciones, para fijar sus indicaciones, y colaborar en ellas, en el momento oportuno, ya que la experiencia demuestra que ayuda mejor en un acto operatorio quien lo conoce bien y se siente capacitado para practicarlo. Bien entendido que me refiero á las operaciones netamente tocológicas, aquellas que no están siquiera en los confines de la Ginecología, y que pertenecen por entero al tocólogo, como sucede con la extracción por las vías naturales, manual ó instrumental, que, en determinadas circunstancias, las obstetrices están autorizadas para ejecutar, en los casos de ausencia ó con anuencia del médico.

Estos conceptos, aunque expresados en forma general, pienso que bastan para marcar claramente los rumbos que ha de imprimirse á la enseñanza, segun se trate de la formación de médicos ó de parteras.

En cuanto á los alumnos, la orientación de la enseñanza es, en mi concepto, perfectamente definida. Su actividad se dirige á la distocia y tokurjia, por cuanto el mayor número de veces en que han de intervenir en el parto, será por dificultades que se ofrezcan en el curso normal de éste ó con motivo de accidentes ó complicaciones que sobrevengan en el acto ó secuelas del parto. Se sobre entiende, que para abordar con provecho el estudio de la patología del parto y puerperio han de

tener conocimiento de la evolución normal del embarazo, del mecanismo y tiempos del parto natural, así como de las condiciones precisas á la normalidad; porque solo así podrán apreciar las transgresiones, que inician el campo de la distocia y patología.

Para abordar ese estudio, los alumnos están en condiciones tan excepcionalmente ventajosas, dada su preparación, que si no son suficientes para hacerlos especialistas, los pone evidentemente en condición de hacerse versados en el diagnóstico de las principales y mas frecuentes distocias, como en el manual operatorio que á diario se ofrece. Es, por otra parte, cierto, que si la Facultad de Medicina no tiene derecho para obligarlos á especializarse á *fortiori*; lo tiene para exigirles, antes de expedirles *título de libre ejercicio*, versación en el diagnóstico y maniobras operatorias mas usuales. Nuestros profesionales médicos han de repartirse en el vasto territorio de la República, y yo pregunto ¿cuál es aquel que ejerciendo fuera de las poblaciones mas importantes, donde puede encontrar un especialista, lo hará con provecho para sí y la comunidad, si no está capacitado para practicar una *versión* ó una aplicación de *forceps*, ni tiene competencia para establecer la indicación operatoria, y en este caso, la de una ú otra?

Con hábitos bien establecidos en las prácticas de la desinfección; con conocimientos en materia de análisis, investigaciones hematológicas y exploración clínica, los alumnos del 7º año de Medicina, abordan el estudio de la Obstetricia, en las mejores condiciones. Sus conocimientos de nosografía y clínica ginecológica, les hacen dominar pronto los problemas de sintomatología

y diagnóstico del embarazo, las modificaciones de orden anatómico ó fisiológico, locales ó generales, que la preñez imprime al organismo, consideradas normales ó invadiendo el terreno patológico, dependan del embarazo mismo ó le compliquen, produciendo trastornos ó modificaciones, íntimamente vinculadas al desequilibrio ó debilitamiento de la función antitóxica, que apreciará fácilmente quien es ya un internista y posee conocimientos de fisiología patológica.

Ese sería el objeto de un primer *etage* en la clínica Obstétrica, dedicado por entero al estudio de la preñez normal ó patológica; y en el cual la interpretación de hechos normales ó fisiopatológicos le han de sugerir consejos de orden higiénico ó prescripciones de terapéutica general.

En cuanto al parto mismo, que constituirá el segundo objetivo, les será necesario estudiar su mecanismo y tiempos, tomando nota de las modificaciones que le preceden, acompañan ó siguen; fijando especialmente las ideas sobre los hechos cardinales que lo rigen ó presiden: *presentación, armonía geométrica del feto y del canal, validéz de la contracción*: factores, vivos todos, que crean la resistencia ó la energía, que constituyen los fenómenos pasivos ó activos y de cuyo desequilibrio ó desarmonía, en mas ó en menos, derivan todas las distocias.

Se comprende, pues, la importancia que ha de conceder el alumno al estudio de las presentaciones, de las pelviviciaciones; del feto de término y de la estructura y función del músculo uterino grávido. La regresión ó restitución del útero, en su doble faz anatómica y clíni-

ca, cerrará la segunda etapa de la enseñanza obstétrica de los alumnos.

Con el bagaje que estos estudios previos importan, han de acometer el de la tercera y última parte, que ha de ocuparles la mayor parte de su tiempo y actividad: estudio de la distocia y de la patología del parto y puerperio y su terapéutica, tokúrgica ó médica. El deficiente estado de cultura actual, hace, en efecto, que el médico sea solicitado solo en presencia de algun accidente que hace el curso del parto difícil ó de las complicaciones que le siguen. Contribuye á ese resultado la partera, que, no dándose cuenta de que es colaboradora del médico y no antagonista, estorba siempre que le es posible su concurrencia oportuna. El medico actúa, pues, siempre en presencia de accidentes ó peligros para la madre ó el hijo, que debe conjurar con presteza y sin vacilaciones, para lo cual necesita tener una preparación especial.

He entrado de propósito en estos razonamientos acerca de la orientación que debe darse á la enseñanza de obstetricia á los alumnos de medicina, á fin de marcar mejor sus diferencias con la que debe suministrarse á las alumnas de la Maternidad, de que me ocupo en seguida.

Aquí, una nueva cuestión previa hemos de resolver ¿La profesional actual responde á las necesidades de la época? ¿Cuál es el tipo de la que nuestro medio y cultura actual reclaman? No necesito argumentar sobre la primera cuestión: la respuesta habría de ser francamente negativa, pero nos cabe responsabilidad de obra ó de incuria, y mas que por esto, porque discutiendo la se-

gunda cuestión, resolviéndola, ha de resaltar mas claramente la evidencia de mi afirmación. Es inoficioso entrar en detalles. ya que el ejercicio profesional permite á diario apreciar los inconvenientes de esa práctica anacrónica.

Intentemos, pues, resolver la segunda cuestión.



Desde que el tocólogo vienés AURELIO SEMMELWEIS, tras el sacrificio de su ayudante KOLLETSCHKA, comprobó y dejó establecida la contagiosidad de la fiebre puerperal y manera de evitarla por medio de ciertas prácticas de desinfección, que mas tarde PASTEUR nos hiciera conocer, poniéndonos bajo los ojos el nuevo y vasto mundo de los gérmenes de las enfermedades y agentes de las transformaciones de la materia; aislando el causante de la septicemia puerperal en 1879; estudios que nos condujeron al descubrimiento de la seroterapia, al conocimiento de las defensas por los anticuerpos, opsoninas, & las antitoxinas, que el terapeuta moderno cuida, estimula ó crea con medios ó elementos vivos, preparando los sueros, vacunas, auto vacunas y filacógenos; desde entónces ha cambiado la faz de la patología y terapéutica obstétricas, que han aumentado sus capítulos, reuniendo algunos existentes ó creando otros; y en virtud de cuyo cambio hánse derivado nuevas y precisas reglas para la asistencia del parto y procedimientos de intervención.

En armonía con conocimientos nuevos el profesor TARNIER exclamaba cada día al ingresar á su sala de

clínica: «el enemigo de la mujer parida es el microbio» y el notable partero de la Maternidad de Brest, sostiene que lo primero que debe aprender una partera «es ser inofensiva», no ser «dañina», cosa que puede fácilmente conseguir, conociendo, á fondo, las reglas y procedimientos de desinfección; y teniendo muy especialmente presente «que para practicar bien la asepsia y antisepsia obstétricas, es necesario desconfiar *de todo*, suponiendo siempre la infección de todos los objetos, no sirviéndose de ellos sino después de su esterilización ó desinfección; *de todos*, no fiándose jamás en los cuidados tomados por otras personas, sino en los hechos por él, ó vigilando personalmente todos los preparativos; y de *sí mismo* teniendo siempre temor de no haber sido suficientemente escrupuloso, prestando especial atención á la limpieza de las manos. Casi todas las enfermedades que complican ó perturban el puerperio pueden, por estas consideraciones, ser evitables ya que la mayor parte de los accidentes son de origen infeccioso; son heterogéneos, llevados por las manos, los medios ó elementos de asistencia, siempre que no se cumplan debidamente las reglas de asepsia ó no se pongan escrupulosamente en práctica las de antisepsia.

El capítulo relativo á la enseñanza de las prácticas de desinfección merece, pues, la mas grande y preferente atención. Es necesario que la partera *no haga daño*. De nada servirá toda la ciencia de una comadrona, salvando á una mujer del acto del parto, mediante una habil maniobra, si ella va á morir en breve plazo víctima de una cruel infección y después de muchos padecimientos. La partera, debe, pues, en primer término, tener noción clara del microbio; de su vida, su desarro-

llo, su reproducción; de su supervivencia, de los medios que lo trasportan, de los accidentes que causa, de las vidas que extingue; de cómo y por qué mata. Debe conocer los procedimientos de esterilización y su razón de ser, las garantías que ofrece; los medios ó procedimientos para obtenerla; los antisepticos que puede y debe usar, los que debe evitar; las condiciones que necesita reunir un antiséptico; cuando se les debe usar y cuando cesar su uso; qué cosas, por último, son susceptibles de asepsia y cuales de desinfección por los medios químicos. Esta es ó debe ser, por lo tanto, la primera orientación de la enseñanza moderna. La partera debe hacer de estas prácticas un hábito. No podría ejercer en lo sucesivo, sino aquella que domine absolutamente estas prácticas.

Estos conocimientos inducirán á la partera á actuar del modo mas pasivo posible durante la asistencia del parto. Comprendiendo ya, que hace mas en favor de su paciente, cuando hace menos. Y este concepto le servirá de fundamento para buscar la nueva orientación que á su vez necesita para la solución de estas otras dos cuestiones: el desenvolvimiento normal del parto y la apreciación oportuna de la iniciación de accidentes. Requiere la primera el estudio detenido de la anatomía de la pelvis desde el punto de vista obstétrico, el del feto á término; el de la estructura y función del músculo uterino; el diagnóstico de la presentación y posición por medio de la palpación y auscultación, toda vez que no podrá apelar al tacto sino en muy señaladas circunstancias, y en este caso, rodeando su exploración de cuidados especiales. Para la solución de la segunda, necesita conocer en sus menores detalles el alumbramiento, la evolución anatómica y clínica del puerperio.

Importancia suma tienen, pues, el estudio y la práctica de la palpación y auscultación. Son elementos preciosos para el diagnóstico no solo de la presentación y posición, sino aun para seguir el curso normal del parto. La partera ha de dominar absolutamente estos medios de exploración, para encuadrar dentro de ellos la vigilancia que le compete y en la cual le cabe responsabilidad.

La apreciación de accidentes durante el puerperio, así como la manera de evitarlos, exige á la obstetriz otros pequeños pero indispensables conocimientos. Me refiero á la Termometría Clínica, Hipodermoterapia, Cateeterismo; así como la Anestesia, indispensable en toda intervención, y que puede correr á cargo de la partera en algunas ocasiones.

Factores primordiales del parto son: la presentación, el feto, el canal y la contracción. Su conocimiento capacita para resolver sobre la posibilidad del parto; para vigilar su curso, como para apreciar en época oportuna su imposibilidad, ó sea para formular el *pronóstico* del parto, que tiene capital importancia.

En lo relativo al embarazo, aunque ha de estudiarlo en su conjunto, le interesa especialmente conocer todo lo relativo al diagnóstico de preñez y su edad, cuyos signos debe ejercitarse en apreciar debidamente.

Muchas otras cuestiones, las relativas á interrupción de la preñez, muerte del feto, aborto ó parto prematuro, han de figurar en el programa, tanto por ser nociones de cultura general, cuanto porque, aunque de neta expectación, la actuación de la obstetriz, es á veces necesaria. Yo me permito, con este motivo, formular aquí una cuestión: ¿Debe quedar establecido que la par-

tera asista, sistemáticamente, el aborto? Sostengo que nó. Pienso que su actuación debe siempre ser precaria ó secundaria, ya que el aborto como hecho patológico, sale de su órbita, debiendo por eso limitar su actuación á las atenciones mas urgentes, mientras asume la dirección del caso persona capacitada. El diagnóstico del aborto y sus causas, constituyen problema de patología, que solo el médico está capacitado para resolver. Si el tratamiento del aborto es con frecuencia de neta expectación, lo es frecuentemente de intervención activa, de orden tocoginecológico, que la partera no está preparada para hacer, sino en casos excepcionales, ya que su actuación puede ser dañosa.

«El Estado confía solamente al médico todo lo referente á la obstetricia, ya que es el único que posee conocimientos completos de la misma, como parte integrante de las ciencias médicas. La Comadrona, solamente puede prestar sus servicios á mujeres sanas y en tanto que sus partos sigan un curso normal. Seguirá curando á las puerperas y recién nacidos, siempre que gocen de buena salud». Para ese objeto ha de conocer la evolución normal del puerperio; el curso clínico de la regresión uterina y las condiciones higiénicas que han de rodear al niño en los días que siguen al nacimiento. Ha de interesarle, por esto, muy especialmente, el estudio de la Puericultura del recién nacido : *el baño*, su oportunidad, para libertarlo de las infecciones por el ombligo; *los vestidos*, para mantenerlos en buenas condiciones de calor, y sin compresiones dañosas á la libre circulación y respitración; *la alimentación*, para asegurar el perfecto y normal funcionamiento del aparato digestivo, en el cual toman origen los principales trastornos del niño.

Es muy sensible que, entre nosotros, no se haya seguido el ejemplo de otros países, y no se enseñe en las escuelas fiscales y particulares de mujeres, nociones de puericultura, indispensables, para las que en no lejano tiempo han de ser madres. Francia, siguiendo la iniciativa fecunda del Profesor PINARD ha entrado en ese camino, que ha de producir inmensos beneficios. La inobservancia de las reglas mas elementales de Puericultura es, entre nosotros, la causa mas frecuente de mortalidad infantil.

Preparada así, la partera podrá acometer el estudio de la distocia, el de las operaciones tocológicas y de las infecciones del puerperio. El conocimiento adquirido sobre las condiciones anatómicas del canal pelviano, las del feto á término; la influencia de una buena situación y presentación; los caracteres fisiológicos de la contracción uterina del parto; el curso del proceso de dilatación, etc. han de hacerle fácil el estudio de las modificaciones de forma y dimensiones, que procesos diversos imprimen á la pelvis, dificultando ó imposibilitando el parto. Podrá apreciar la influencia que una mala situación ó presentación ejercen en el curso del mismo; los defectos en el desarrollo del feto; la irregularidad de las contracciones; procesos de los que, como llevo dicho, derivan los partos patológicos.

La Medicina operatoria obstétrica, es hoy un curso especial que la comadrona no puede ni debe extensamente abarcar. Su aprendizaje ha de limitarse al de las operaciones destinadas á la extracción por las vías naturales: dilatación, manual ó instrumental, extracción manual, versión y forceps. Si debe conocer las otras operaciones, que llamaré de Toco-Ginecología, será solo

con el objeto de que sepan en que consisten y conozcan sus indicaciones.

Ahora bien, y en resumen: La profesional que conozca á fondo las prácticas de desinfección; que esté capacitada para hacer con precisión el diagnóstico de preñez, fijar su edad; la presentación, la armonía geométrica del feto y el canal; que conozca el curso normal del parto y del alumbramiento; las desviaciones del tipo normal: los riesgos de cualquier intervención intempestiva, estará ampliamente capacitada para vigilar y asistir un parto. Si, al mismo tiempo, posee los conocimientos accesorios sobre termometría, práctica de inyecciones hipodérmicas, cateterismo y anestesia estará en condiciones de colaborar en las intervenciones y asistencia posterior. Este sería el tipo de comadrona de LEOPOLD y ZWEIFEL, de Dresde y Leipzig. Ese nuestro ideal: el que hemos perseguido, el tipo que nos proponemos seguir forjando.

* * *

Dentro de las condiciones que hoy se requieren para el ingreso de las alumnas, es tarea difícil conseguir que estas se den cuenta cabal de la importancia y responsabilidad de los estudios que emprenden. Es cierto que la Facultad, tiene acordadas disposiciones que deben ponerse en vigencia en época no lejana ya; pero temo que esas mismas condiciones, que si bien es verdad, asegurarían mejor preparación y aprendizaje por consiguiente, contribuirían á reducir el número de las alumnas de obstetricia, ya que los certificados de ins-

trucción media les abren el camino para el estudio en cualquiera de las otras secciones de la Facultad de Medicina. Esa disposición necesitaría, en mi concepto, una segunda complementaria, si la Facultad de Medicina, contemplando el asunto, con criterio reposado, resolviera á ejemplo de Francia, la creación de dos categorías de obstetrices que podría llamarse de primera y segunda categoría; destinadas, estas, únicamente á la asistencia del parto natural, conformando su enseñanza á las exigencias determinadas en el curso de esta exposición y aquellas, ó sea las de primera categoría, las que estarían autorizadas para realizar las operaciones tocológicas, en los casos y condiciones igualmente señaladas. Podría, á ese fin, establecerse condiciones de ingreso, distintas para unas y otras. Bastaría á las primeras, el certificado de instrucción primaria completa, y ser aprobadas en un exámen de admisión con cuestionario especial. Para las segundas, certificado de Instrucción media y el dominio de una lengua viva (Inglés, Francés ó Alemán). Tal resolución fomentaría el estímulo, y abriría campo á la mujer que hace estudios de medicina, para especializarse en ramo muy en armonía con su sexo.

Disposiciones tan importantes como las relativas al certificado de instrucción, que han de requerirse igualmente para el ingreso son las que se refieren á la buena salud y complexión fuerte, indispensables para poder desempeñar debidamente las labores inherentes á las funciones de la profesión; á la integridad de los órganos de los sentidos; á la edad que no debe ser menor de diesiocho años, para que puedan obtener el título á los veintiun años, en que puede ser efectiva la responsa-

bilidad civil, por ejercicio indebido; ha de requerirse, además, clara inteligencia, fiel memoria, moralidad y voluntad firme; como han de ser causa de inadmisión: la epilepsia, las afecciones cutáneas contagiosas ó repugnantes; la sífilis y la tuberculosis.

Quiero antes de finalizar esta exposición y ya que he dejado conocer mi tendencia á limitar, definir bien los alcances de la actuación de una partera, tratar aquí una cuestión que estimo de gran interés. La Facultad de Medicina por delegación del Estado, interviene en todo lo relativo á ejercicio profesional en todos los ramos de las ciencias médicas. Ella tiene atribuciones y derechos especiales y, sin embargo, todas las disposiciones consignadas en los reglamentos respectivos, se refieren solo á los médicos. Las disposiciones para ejercicio de las obstetrices son nulas, no existen. No tienen control ni límite en su ejercicio, con daño evidente para la salud pública. Es necesario reaccionar á este respecto. Es preciso dictar disposiciones que regulen su actuación en los casos de asistencia de partos infectados. Es necesario que sigan la sorprendente evolución que día á día hace la ciencia, disponiendo á ejemplo de otros países la obligación de hacer un curso suplementario, cada cuatro años y por espacio de tres ó cuatro semanas, en el que se pongan al corriente de los adelantos, hechos en ese espacio de tiempo. Esa disposición es sabia, porque la ciencia evoluciona en el sentido del bien y la salud de la humanidad. Es preciso, por último legislar en lo que respecta á Moral profesional. La influencia que la partera ejerce en la sociedad, dada la calidad de su trabajo, es inmensa; de modo que debe reunir condiciones de moralidad que basten á garantizar su ac-

tuación. Nuestro código tiene disposiciones especiales respecto á la práctica de medios vedados para fines indebidos. La práctica del aborto criminal aumenta día á día. La impunidad alienta. Es pues menester legislar, controlar debidamente el ejercicio profesional. La Facultad es y debe ser, no solo institución de enseñanza, sino también educadora, con la palabra y el ejemplo.

* * *

En conformidad con las ideas que informan los párrafos precedentes, he formulado el programa del curso. He cuidado de anotar con un signo (M) las partes que deben enseñarse á los alumnos de Medicina, y de cuyo aprendizaje quedan relevadas las de la Maternidad.

Segun el plan de estudios, actualmente en vigencia, este curso debe hacerse repartido en cuatro años; de los cuales uno, el primero, es propiamente hablando preparatorio, y los tres restantes de instrucción profesional, propiamente tal. Como armónica y paralelamente con el desarrollo del curso, debe desenvolverse la enseñanza clínica, estimo que, para ser metódica y preparatoria del año siguiente, debiera distribuirse conforme al siguiente plan:

PRIMER AÑO (Preparatorio)

CURSO.—Anatomía de la Pelvis y de los órganos de la generación.—Fisiología de los órganos de la generación.

ANFITEATRO:— Ejercicios prácticos de Anatomía y de autopsia obstétrica, bajo la dirección del prosector.

CLINICA.—Material de asistencia y de desinfección (útiles y aparatos).—Esterilización del material de asistencia é instrumentos.—Desinfección de la partera y de la paciente.—Práctica de Termometría Clínica: curvas de temperatura.—Curvas de peso del niño.—Hipo-dermoterapia.—Cateterismo.—Ventosas.

SEGUNDO AÑO (1o. Profesional)

CURSO.—Nociones de Higiene (Principios generales de asepsia y antisepsia.—Nociones generales de Bacteriología)—Embarazo.—Higiene del embarazo.—Puericultura preconcepcional é intrauterina.

CLINICA:—Exámen de enfermas: investigación de antecedentes.—Pelvimetría.—Exámen de orina.—Palpación.—Auscultación.—Tacto.—Signos y diagnóstico del embarazo.— Primeros cuidados al niño recién nacido.

TERCER AÑO (2º Profesional)

CURSO.— Parto y Puerperio normal.— Puericultura del niño recién nacido.

CLINICA.—Diagnóstico, mecanismo, curso clínico y asistencia del parto.—Evolución clínica del alumbramiento y su asistencia.—Vigilancia del recién nacido durante los diez primeros días.

CUARTO AÑO (3º Profesional)

CURSO.—Enfermedades y complicaciones de la preñez.—Parto distócico.—Infecciones puerperales.—Operaciones obstétricas. *Deontología*.

CLINICA:—Asistencia de los partos distócicos.—Preparación de las operaciones.—Asistencia en las intervenciones.—Asistencia de partos infectados (quedando durante ese tiempo impedidas para intervenir en los asépticos).

Ejercicios en el Maniquí.



Si bien el desarrollo de este plan entra en la concepción del programa formulado, es obvio suponer que tan múltiples y variadas labores han de ser divididas para su mas cumplida ejecución; porque si es verdad que el catedrático del curso cuenta actualmente con la cooperación de dos jefes de Clínica (obstetricas), las ocupaciones de estas en la enseñanza práctica de las alumnas, que las obliga, dada la calidad del trabajo (asistencia de los partos) á permanecer (alternándose) durante todo el día en el hospital, las imposibilita, para la repetición teórica de ciertas partes del curso y para hacer al mismo tiempo la enseñanza práctica de Anatomía en el anfiteatro y de Higiene (asepsia y antisepsia, nociones de bacteriología); de modo que se impone la necesidad de crear un puesto para un jefe de trabajos prácticos (médico). La necesidad de atender y practicar las operaciones que puedan ocurrir, en la sala de Clínica, fuera de

horas de lección, hace particularmente indispensable la existencia de ese puesto de modo de asegurar el aprendizaje.

En cuanto á la manera de hacer la enseñanza clínica debo decir unas pocas palabras. Tres factores contribuyen al éxito de la enseñanza: *el maestro, el alumno y el material de enseñanza*. En cuanto al primero, va á serlo el elegido entre los varios opositores al presente concurso. El segundo, requiere condiciones y preparación de que me he ocupado, especialmente, mas arriba. En cuanto á material de enseñanza, he de detenerme mas tiempo. Ese material es suministrado por dos instituciones: la Facultad de Medicina y la Sociedad de Beneficencia Pública. Durante los tres años que ha corrido á mi cargo la dirección de esta enseñanza en la Maternidad, he encontrado en la Facultad la mas benévola cooperación; es á su amparo que la Maternidad cuenta con una valiosa colección de piezas en cera de la casa Tramond, con aparatos completos de esterilización para curas y aguas, etc. y varios otros importantes accesorios para la enseñanza, lo que simplifica y afianza su éxito, al mismo tiempo que hace un positivo beneficio en pró de la asistencia de las enfermas de la clínica.

Respecto á material hospitalario y organización de los servicios anexos á la clínica, no obstante toda la buena disposición y ayuda de la Madre Superiora del Hospital, que yo me complazco en reconocer, no he sido del todo feliz. Muchas iniciativas han encontrado oposición, algunas ha sido imposible proponer ó ejecutar por deficiencia del local, que resulta

del todo inaparente para el objeto, y muchas han sido desdeñadas. Se piensa en ese ambiente, erróneamente sin duda, que el funcionamiento y ejercicio de la clínica, es cosa absolutamente distinta, dislocada del todo del servicio del hospital. Se ignora ó finje ignorar, que muchas, sino todas las disposiciones que se dictan para el mejor aprendizaje, y acerca de la mejor organización del servicio, así como los elementos (siempre modestos) que se piden, están al mismo tiempo destinados á la mejor y mas rápida asistencia de las enfermas, mejorando el pronóstico y aligerando las estadías hospitalarias; fin que armoniza con el objeto y economía de la Beneficencia

La organización actual del servicio de las salas de la Maternidad es defectuosa y dificulta la enseñanza. En la sala destinada á la Clínica, de la Maternidad, solo se asisten enfermas que llegan en el momento del parto, muchas veces en pleno trabajo, muy pocas en los días que le preceden; de modo que las alumnas solo tienen material para el estudio del embarazo á término y del parto.

El estudio del embarazo en sus distintas edades, podría asegurarse si al servicio de Clínica se anexara, como debiera, el del ambulatorio para embarazadas. Las alumnas podrían ejercitarse práctica y provechosamente sobre todos los problemas referentes á esta cuestión y casi seguramente, con provecho para las enfermas y beneficio del hospital.

Los casos de aborto, vómitos complicando la preñez, incoercibles ó no, se asisten actualmente en los servicios de cirugía y medicina, no obstante que, como se comprende, como complicaciones de la preñez que son, pertenecen á las salas de la Maternidad; mala dis-

posición que perjudica la enseñanza y desvincula partes conexas.

Faltan, por último, al mejor funcionamiento de la Maternidad: una modesta sala de trabajo, una pequeña cámara de incubación, y una sala de esterilización. Ojalá que estas imperiosas necesidades pudieran satisfacerse ahora que se proyecta la traslación de la Maternidad á local mas en armonía con las necesidades y fin de su creación.

Si la Facultad, tomara alguna iniciativa sobre estas cuestiones, haría labor provechosa á la enseñanza y en beneficio de la mejor organización hospitalaria.

PROGRAMA

NOCIONES GENERALES

Definición de obstetricia.—Reseña histórica de la obstetricia.—Prácticas obstétricas de los antiguos peruanos.—La Escuela de la Maternidad de Lima.—La enseñanza de obstetricia como Cátedra de la Facultad.

Orientación de la enseñanza para médicos y matronas.—Plan del curso.

Conformación general y puntos externos de referencia en la mujer bien conformada.

Conformación general del cuerpo humano: Sistema huesoso (aparato de sostenimiento)—Sistema muscular (de acción)—Sistema vascular (nutrición)—Sistema nervioso—Vísceras.—La piel ó envoltura del cuerpo.—La cabeza, el tronco y los miembros—Idea general sobre la circulación: papel de las arterias, las venas y linfáticos.—La función nerviosa: motriz y sensitiva—Idea general sobre la respiración y digestión.

ANATOMIA OBSTETRICA

PELVIS OSEA Y SUS REVESTIMIENTOS

Particularidades del cuerpo de la mujer.—La pelvis en general: Huesos que la forman.—Superficie externa ó exopélvica: descripción.—Superficie interna ó endopélvica: descripción.—Pelvis mayor: Descripción y

diámetros.—Pelvis menor ó excavación pelviana: su descripción y diámetros.—Estrecho superior: su descripción y diámetros.—Estrecho inferior: descripción y diámetros.—La pelvis desde el punto de vista obstétrico.

Descripción de cada uno de los huesos que forman la pelvis: el sacro: caras, bordes, base, vértice, conducto sacro—El hueso iliaco: sinonimia; partes que lo constituyen: caras: interna y externa; bordes, angulos; conexiones—El coxis: caras, bordes, base, vértice: número de huesecillos que lo forman.

Inclinación de la pelvis.—Planos de la pelvis.—Ejes de la pelvis.—Diferenciación de la pelvis masculina y femenina.—Diferencias de la pelvis según la edad y las razas.

Desarrollo general de la pelvis.—Pelvis infantil.—Transformación de la pelvis infantil en pelvis adulta: mecanismo de esta transformación.

Articulaciones: definición y clasificación.

Articulación sacro-iliaca: Descripción de sus caras articulares, cápsula y ligamentos; Movimientos de nutación y contranutación — Membrana obturatriz: cinta sub-pubiana: conducto sub-pubiano — Ligamentos sacro-ciáticos mayor y menor: su descripción.—Los ligamentos sacro-ciáticos como parte constitutiva de la pelvis: Significación morfológica.

Articulación lumbo sacra: el promontorio: descripción de sus caras articulares y medios de unión.

Articulación sacro coxigea: descripción y movimientos de esta articulación: retropulsión del coxis.—Unión de los huesos del coxis entre sí.—Osificación de la articulación sacro coxigea y su papel en el acto del parto.

Sinfisis del pubis.—Descripción de la articulación —Modificaciones estructurales y mecánicas que presentan las articulaciones de la pelvis durante el embarazo y el parto.

Músculos: Los músculos que la obstetriz necesita conocer son los del periné, que ofrecen la resistencia en el acto del parto y los del abdomen, que tan poderosa acción tienen durante el trabajo de expulsión.

Músculos del periné.—Definición del Periné, división y descripción del periné: el periné obstétrico.—Descripción del transverso del periné, el isquio-cavernoso ó isquio-clitoridio, bulbo cavernoso, músculos de GUTHRIE y de WILSON, esfínter externo de la uretra, esfínter externo del ano, isquio coxigeo y elevador del ano: descripción y acción de cada uno de estos músculos y su papel en el acto del parto.—Aponeurósis perineal: superficial, media y profunda.

Músculos del abdomen: oblicuo mayor, oblicuo menor y transversos del abdomen: descripción é inserciones de estos músculos: su papel en el acto del parto.

Arterias.

Arteria iliaca primitiva como rama terminal de la aorta: sus ramificaciones; Arteria iliaca interna: descripción, curso; ramas intra pélvicas: Arteria ilio lumbar: sacro lateral, umbilical, su significación: Arteria vesical inferior: Arteria hemorroidal media — Descripción detallada de la arteria uterina: su trayecto, distribución, relaciones, ramas terminales—Arteria vaginal: descripción: su desarrollo durante el embarazo.

Venas—Descripción de las ramas que hacen la circulación venosa de los órganos de la generación y pelvianos

—Descripción especial de las venas: umbilical, vesical, uterina y vaginal.

Linfáticos.

Linfáticos de la pelvis.—Descripción: distribución linfática y grupos ganglionares de los órganos de la generación.—Vasos linfáticos aferentes y eferentes.—Función de los linfáticos.—Su papel en las infecciones.

Nervios.

Idea general de la función nerviosa, de la cerebral y medular— Ramas nerviosas intra pélvicas, viscerales y parietales.—Plexos sacro y lumbar—Anastomosis

ORGANOS DE LA GENERACION Y ANEXOS

ORGANOS GENITALES EXTERNOS

Vulva: formaciones labiales; espacio interlabial ó hendidura vulvar; aparato erétil.

Pubis ó Monte de Venus: aspecto exterior, estructura, vasos y nervios.

Grandes labios.—Descripción; Relaciones, caras; bordes; extremidades—Comisuras— Fosilla navicular— Los grandes labios en la niña, en la joven vírgen y en la múltipara.—Vasos y nervios de los grandes labios.

Labios menores ó ninfas: Dimensiones, Configuración exterior; caras; bordes; extremidades; variaciones morfológicas.—Estructura—Vasos y nervios.

Espacio interlabial.

Vestíbulo— Descripción—Brida masculina de Pozzi
Meato urinario—Descripción y dimensiones.

(En este lugar debe hacerse la explicación del aparato urinario, muy especialmente la descripción de la uretra de la mujer, su dirección, longitud y extensibilidad; la descripción de la vejiga, capacidad.—Ligera descripción de los uréteres y del riñón. sobre todo desde el punto de vista funcional).

Orificio de entrada de la vagina.

El himen: Sus variedades: himen semilunar, anular, labiado, biperforado, cribriforme. — Estructura y resistencia del himen—Relaciones: caras, bordes—Vasos y nervios.— Destino ulterior del himen. — Carúnculas himeneales; carúnculas mirtiformes.

Clítoris y bulbos de la vagina.— Descripción del clítoris: disposición general, forma y trayecto; dimensiones, relaciones; estructura; vasos y nervios.—Bulbos de la vagina: su descripción; dimensiones; conformación exterior: cara externa é interna; bordes superior é inferior; extremidades anterior ó vértice; posterior ó base.— Estructura.—Vasos y nervios.

Anexos del aparato genital.— Glándulas uretrales y peri-uretrales. — Glándulas de BARTOLINO: descripción y relaciones.—Papel de las glándulas de BARTOLINO —Estructuras; Vasos y nervios.

ORGANOS INTERNOS DE LA GENERACION

Vagina— Situación y medios de fijeza.—Dirección y longitud.— Forma.— Dimensiones. — Estructura de la vagina.—Superficie exterior: cara anterior, cara posterior; bordes; relaciones. — Superficie interior de la vagina: columnas de la vagina.—Extremidad superior: fondos de saco anterior, posterior y laterales— Extremidad inferior de la vagina.—Vaginismo inferior. — Estructura—Vasos y nervios.

Utero: situación. — Forma general y división— El útero es un órgano impar. — Dimensiones exteriores

Peso y consistencia.—Dirección del útero considerado aisladamente—Dirección del útero con relación á la excavación pelviana.—Conformación exterior y relaciones del útero: Cuerpo del útero; Cara anterior y cara posterior; fondo de saco recto-vaginal; bordes; extremidad superior, extremidad inferior.—El cuello uterino: segmento extravaginal; segmento intravaginal: hocico de tenca.—El orificio de entrada del útero en la virgen, en la primípara y multipara.

Conformación interior del útero.—Cavidad del cuerpo: caras anterior y posterior; bordes superior y laterales; ángulos: ostium uterino.—Cavidad del cuello: caras: árbol de la vida; bordes; orificio interno y externo.—Dimensiones de la cavidad uterina.—Estructura del útero: túnica serosa; túnica muscular: fibras longitudinales, transversales; capa media; túnica mucosa, mucosa del cuerpo, glándulas.—Mucosa del cuello: epitelio, glándulas.—Medios de fijeza del útero: ligamentos anchos; ligamentos redondos, ligamentos útero sacros.

El útero durante la menstruación; durante el embarazo y durante el parto—Vasos y nervios del útero —

Trompa ú Oviducto — Situación y medios de fijeza —Dirección — Dimensiones — Conformación exterior: porción intersticial; cuerpo; pabellón—Superficie exterior é interior, vértice (ostium abdominal), base—Conformación interior: pliegues pequeños, grandes y medianos —Estructura de las trompas: la serosa, túnica muscular y túnica mucosa.—Vasos y nervios.

Ovario.—Su número—Situación—Medios de fijación: ligamento útero ovárico; ligamento tubo ovarico; ligamento lumbo ovárico.—Movilidad y cambios de sitio del ovario.—Ovarios supernumerarios, rudimenta-

rios ó ausentes.—Volumen; peso. color, consistencia; y modo de orientación.—Conformación exterior del ovario: caras: superior é inferior; bordes:anterior y posterior; extremidades: externa é interna—Estructura del ovario —Epitelio ovárico.—Estroma del ovario—Folículos de GRAAF: folículos primordiales, en vía de crecimiento y adultos.—Cuerpos amarillos: cuerpos amarillos de la menstruación; cuerpos amarillos del embarazo;—Vasos y nervios del ovario.

ANEXOS DE LOS ORGANOS DE LA GENERACION.

Las mamas.—Situación.—Número: amastia y atelia; hipermastia é hipertelia; politelia.—Glándulas mamarias supernumerarias: Su localización — Forma de la mama.—Volumen— Peso.—Consistencia.

Conformación exterior de la mama: cara posterior; cara anterior: areola; pezón: forma, dimensiones y aspecto exterior del pezón.—Circunferencia de la mama: surco sub-mamario.

Estructura de la mama.—Cubierta cutánea: zona periférica; zona areolar; musculo areolar:telotismo; glándulas de la areola: sudoríparas, sebáceas y accesorias; zona mamilar: músculo mamilar.—Cubierta celulo adiposa: distribución del tejido grasoso de la mama.—Glándula mamaria propiamente dicha—Aspecto exterior: cara posterior, anterior y circunferencia—Aspecto en los bordes.—Naturaleza de la glándula: Acini glandulares: estructura del acinis durante la lactancia: membrana propia, celulas de BOLL, epitelio secretor.—Aparato excretor: conductos intra lobulares; conductos inter-lobulares; conductos colectores ó conductos galactóforos.—Tejido intersticial.—Tuberculos de MALPIGHI—Tuberculos de MONTGOMERY—Vasos y nervios: circulo venoso de HALLER.

FUNCIONES DE LOS ORGANOS DE LA GENERACION

PUBERTAD.—Definición y caracteres de la pubertad. Lineamientos generales de la muger puber.

OVULACION.—Descripción general del óvulo: Membrana vitelina ó envoltura corial; el núcleo ó vesícula germinativa; tubo nuclear y mancha germinativa; vitellus formativo y nutritivo. — El óvulo humano es oligolecito.

Maduración del óvulo: liquor folliculi; theca folliculi: externa é interna.—División celular ó mitosis.—El núcleo; El nucléolo.—Mitosis del óvulo; formación de la red cromática y cromosomas.—Cuerpos amarillos: evolución de los cuerpos amarillos según POUCHET—Teoría de SOBOTTA y FRAENKEL: células luteínicas.—Cuerpos amarillos de la gestación: Su papel según NIS y CLARCK.—Secreción interna del ovario: su función reguladora.

MENSTRUACION.— Definición — La menstruación y la ovulación caracterizan la pubertad — Transformación de la niña en muger: aparición de las primeras reglas: síntomas.—Menstruación precoz y tardía: influencia del clima y de la civilización en la aparición de la menstruación.—El flujo menstrual se repite periódicamente cada mes lunar.—Duración, cantidad y caracteres de la sangre menstrual.—Origen de la sangre menstrual.—Influencia de la menstruación sobre el organismo.—Relaciones entre la menstruación y la ovulación —¿Qué relación de dependencia hay entre una y otra? —Exposición de las teorías y experiencias al respecto—

Influencia de la secreción interna del ovario. — Definición y caracteres de la Menopausia—Amenorrea.— Menorragia.—Dismenorrea.—Metrorragia.— Higiene de la menstruación.

FECUNDACION: Descripción de la célula espermática.

Migración del óvulo: modificaciones interiores del óvulo durante la migración.—Ruptura de la vesícula de GRAAF.—La super-emigración interna.—Duración de la migración según esté ó nó fecundado el óvulo.

Ascensión de la célula espermática: teorías.

Mecanismo íntimo de la fecundación: fusión del óvulo y la célula espermática.—Cono de atracción y pérdida de la cola del zoosperma: formación de los pronucleos macho y hembra. — Fecundación de un sólo ovulo por un solo zoosperma— Fecundación de más de un óvulo—¿Es posible la fecundación de un solo óvulo por dos zoospermias? — ¿En qué momento y lugar sorprende el zoosperma al óvulo?— ¿Se puede determinar el sexo del feto?.

Superfecundación y superfetación.

FUNCION DE LAS MAMAS.—La función de la mama es la secreción de la leche.—La leche procede del epitelio de los acini y de la trasudación del suero de la sangre á través de los mismos.—Opinión de KEIFFER — Modificaciones del epitelio que reviste los acini glandulares — La existencia de caseína y lactosa en la leche hace admitir un acción secretoria especial y no la de simple degeneración de los acini—Los golpes de leche—Formación del calostro.

Leche-Caracteres físicos de la leche—Densidad y composición de la leche— Cantidad de leche que produce la muger—Variedad en la composición de la leche en

los distintos meses que siguen al parto.—Diferencia de aspecto y composición entre el calostro y la leche.

NOCIONES GENERALES PREVIAS AL ESTUDIO DEL EMBARAZO Y DEL PARTO

Al ingresar en un servicio de partos la matrona debe aprender en primer término á no ser dañina, es decir, á conocer de manera completa las reglas de asepsia y antisepsia; así como las pequeñas intervenciones que debe practicar á cada paso ó sea: la anestesia, el cateterismo, inyecciones hipodérmicas, termometría clínica, aplicación de ventosas, etc., etc.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA: Principios generales que establecen la necesidad de la asepsia y antisepsia, siendo como son las infecciones puerperales de origen microbiano y contagiosas.— Toda la sabiduría de una partera de nada sirve, si no está convencida de que todos los accidentes puerperales son de origen microbiano, evitables por lo mismo, mediante las practicas de desinfección.— No hay fiebre puerperal como no hay fiebre quirúrgica.—Las infecciones puerperales, leves ó graves, son siempre debidas á la penetración de gérmenes.

ORIGEN DE LAS INFECCIONES PUERPERALES: autogénicas si los accidentes resultan de la penetración de gérmenes que viven ordinariamente en la vagina insuficientemente desinfectada, ó saprofitos de virulencia exaltada en determinadas circunstancias.—Heterogénicas si los ac-

cidentes son producidos por contagio (la partera, el medio, etc.)

PRINCIPALES AGENTES DE LAS INFECCIONES.

Qué son los gérmenes ó microbios?—Cómo y donde viven?— Cómo se reproducen— Qué son las esporas— Cómo invaden los gérmenes el organismo—Medios naturales en que habitan los microbios.—Qué son las culturas?— Cómo son distintas para cada microbio— Qué son las toxinas.—Cómo los microbios son nocivos por las toxinas que generan. — Qué se entiende por cocos, streptococos, stafilococos y bacilos.

Descripción de los streptococcus, stafilococcus, gonococcus, bacilo colli comun, bacilo de NICOLAIER— Principales caracteres de estos gérmenes y sus culturas— Vías de penetración de estos gérmenes en el organismo de la muger ó del niño para producir las infecciones simples ó mixtas, leves ó graves.

Nociones sobre inmunidad; fagocitosis, anafilaxia. etc. etc.

Flora genital de la muger—Gérmenes saprofitos y patógenos que habitan ó pueden habitar en los órganos genitales de la mujer.

CONCEPTO DE ASEPSIA.—La asepsia permite destruir no solo las bacterias sino tambien las esporas.—Es el método ideal—Se obtiene utilizando los agentes físicos: el calor y la electricidad. — La asepsia es necesaria para todo el material instrumental, material de asistencia, objetos de curación, mandiles y, en general, todo lo que se pone en contacto con la región genital.

Procedimientos y aparatos para practicar la asepsia—El autoclave—La estufa de POUPINEL—El hervidor. Flambeo: Procedimientos de urgencia.

LA ANTISEPSIA—Su definición—Antisépticos usados en obstetricia—Condiciones que debe reunir un antiséptico: escasa ó nula toxicidad, bajo precio, ausencia de olor, no ser cáustico y tener gran poder microbicida.—El Iodo—El agua oxigenada: perhidrol—El permanganato de potasa—Sales mercuriales—Lisol—Microcidina—Nitrato de plata—Acido bórico y borato de soda.—Colargol—Caracteres de estos antisépticos—Su toxicidad—Solubilidad: Soluciones empleadas y sus títulos—Manifestaciones tóxicas. —Indicaciones y contraindicaciones de cada uno de estos antisépticos.—Antisépticos para el uso de la partera; para la madre y para el niño.

Técnica para el uso de los antisépticos: desinfección de la partera; desinfección de la muger.

Precauciones respecto á la obstetriz: limpieza del cuerpo; los vestidos; las mangas; el *famoso* mandil de trabajo.

Disposiciones que deben tomarse respecto del medio en las maternidades y en la práctica civil.—La partera, sin mengua de las precauciones rigurosas de desinfección, debe conformarlas á las condiciones económicas de su cliente.

TERMOMETRIA CLINICA.

Definición.—El termómetro: su descripción.—Escala de Celsius ó centigrado. —Escala de Fahrenheit. —Tablas de equivalencia: reglas.—Escala en los termómetros clínicos.—Manera de tomar la temperatura en la madre y en el niño.—Manera de anotar la temperatura: Curvas gráficas de la temperatura.—Temperatura normal.—Temperatura segun las edades.—Temperatura febril: Hipertermia é Hipotermia.—Ter-

mometría local.—Manera de tomarla.—Valor y variedades de la temperatura local en obstetricia.

HIPODERMOTERAPIA,

Modelo de jeringas:—Jeringa para inyecciones hipodermicas; jeringas para setoterapia; inyector de suero artificial. — Condiciones que debe reunir una buena jeringa. La aguja.—Esterilización de la jeringa.—Lugar donde se debe poner la inyección.—Rotura de la ampolleta.—Carga de las jeringas. — Desinfección del sitio.—La inyección.— Rapidez de acción de la medicación hipodermica.—Cuidados respecto á la preparación que se usa.

EL CATETERISMO.

Definición.—La sonda para la mujer: — Sus condiciones.—Indicaciones del cateterismo.— Cateterismo á descubierto.

VENTOSAS.

Descripción de la ventosa: modelos. — Modo de aplicarla.—Ventosas secas y ventosas escarificadas. — Usos de las ventosas en la madre y el niño.

ANESTESIA.

Objeto é historia de la anestesia en el parto. — Anestesia general.—Media anestesia. — Analgesia. — Anestesia regional y local.—Anestésicos generales:el cloroformo: cloroformización completa: cloroformización á la reina.—El éter: Eterización.— Cloreto.—Analgesia: la morfina; escopolamina morfina.—El pantopón.—Pantopón escopolamina.—Inyección intra-raquídea: Estovaina; cocaína; nevocaina.—Anestesia del útero:

enbadurnamientos del cuello: inyección de novocaina adrenalina (RECLUS)— Alipina.

Indicaciones y contraindicaciones de la anestesia.
—Métodos de eleccion.—

PREÑEZ

Desde que la muger lleva en su seno un óvulo fecundado se considera embarazada. La preñez normal implica el desarrollo del óvulo fecundado dentro de la propia cavidad de la matriz.

El estudio del embarazo comprende el de las modificaciones que experimenta el organismo de la madre durante todo su curso y el de las transformaciones que se pasan en el huevo, hasta quedar constituido definitivamente el feto cuyos caracteres á término es necesario estudiar.

La apreciación de los caracteres de dichas modificaciones maternas, como las del feto, requieren como cuestión previa el estudio de los medios de observación y exploración clínica.

El examen de una muger antes de abordar los problemas relativos al diagnóstico del embarazo, su edad y curso ha de comenzar por las investigaciones sobre los datos relativos á la identidad, antecedentes de familia ó personales: de orden fisiológico, patológico y obstétrico.

LA PALPACION OBSTETRICA.—Definición — Técnica general de la palpación:—Regla de PINARD— Datos que

suministra la palpación—La palpación es el procedimiento que da datos más completos.—Debe hasta donde sea posible buscarse, en este solo procedimiento, el mayor número de datos relativos á la preñez; no apelando á la auscultación y al tacto sino para la confirmación de los datos recogidos por la palpación.—La palpación suministra todos los datos necesarios para determinar las presentaciones y posiciones— Palpación mesuradora—Fetometría cefálica.

AUSCULTACION.—Auscultación mediata é inmediata—Aparatos para auscultación obstétrica—Caracteres del estetoscopio obstétrico— Fonendoscopio—Datos que suministra la auscultación— Caracteres de los ruidos fetales— Distinción entre los ruidos del corazón del feto y el pulso de la madre—Soplo materno— Diversos ruidos producidos por el cordón — Soplos sustituyendo el latido del corazón del feto.—Focos de auscultación.— Técnica de la auscultación y cuidados indispensables para obtener datos concretos de este medio de exploración.

EL TACTO.—Su definición.—Importancia de los datos suministrados por el tacto durante el parto — Qué datos se debe pedir á este medio de exploración. — Técnica de la exploración por el tacto—Cuando se apela á ese medio de exploración debe demandársele todos los datos relativos á la conformación de los genitales externos é internos, la conformación de la pelvis, estado del cuello uterino y de los fondos de saco; así como del feto.

PELVIMETRIA.—Definición de pelvimetría— Importancia de la pelvimetría.—Pelvimetría interna y externa.—Pelvímetros de BUDIN, COLLIN, ALHFELD.—

Diámetros externos de la pelvis: su relación recíproca é importancia.— Diámetros conjugado diagonal y conjugado interno. — El rombo de MICHAELIS: Caracteres del rombo normal, — variedad de formas y significación clínica.

EL HUEVO

Modificaciones que se pasan en el óvulo fecundado — Nidación del óvulo—Nidación uterina ó extra uterina.—

Fenómenos internos del óvulo: carioquinesis.—Formación de la mórula y gástrula. Vesícula blastodérmica y Blastodermo: Hectodermo Endodermo, Mesodermo — Sómatopleura y esplecnopleura — Formación de las envolturas del huevo: el amnios: su formación y estructura: el líquido amniótico: sus caracteres físicos; papel del líquido amniótico; Procedencia del líquido amniótico; diversas teorías. — El corion: Su formación: *corium frondosum* y *corium laeve*.— Función del *corium* en la constitución de la placenta, como envoltura del huevo y en la determinación del parto: Las células de LANGHANS y el sincitium: la sinciolicina —La vesícula umbilical: su formación y función — Vesícula alantoides: su formación; sus vasos arteriales y venosos: Su papel y porvenir. — La caduca: Su formación— Manera como reacciona la caduca para constituirse en envoltura del huevo —Teorías de HUNTER, COSTE y PETERS— Cómo esta última explica satisfactoriamente la constitución de la caduca — La placenta: Formación de la placenta— Caracteres físicos: aspecto, peso, dimensiones, etc — Placenta en raqueta— Placenta formada por dos grandes cotiledones desiguales—Placenta con cotiledones aislados — Placenta marginata—

Número de cotiledones que forman la placenta—Caracteres de la cara fetal—Inserción del cordón; central, lateral, y velamentosa—Estructura de la placenta: espacios interplacentarios; vellosidad corial—Edad del embarazo en que se forma la placenta.—Vinculaciones de la placenta con la matriz en las diversas edades de la preñez—Puntos de inserciones normales de la placenta en la mucosa uterina—Papel de la placenta en la nutrición del feto: Como se verifica: cambios entre la sangre de la placenta y la sangre materna—Lámina basal obturante de WINCKLER ó caduca de KOLICKER — El cordón umbilical: su formación — Su estructura; sus dimensiones; torsión normal del cordón: su papel.

EL FETO — El feto en los diferentes meses del embarazo— Su longitud; peso y caracteres á las 8 semanas; en el tercer mes; en el 4º; en el 5º; en el 6º; en el 7º y en el 8º.

El feto á término— Su peso — Su longitud— Su piel; el cabello; el vernix caseosa — Caracteres de la cabeza— Dimensiones de las uñas— Signos de madurez del feto; los testículos, los labios menores y las mamas— Signo de BECLARD--Aspecto del timo.--Caracteres del hígado.

Caracteres de la cabeza del feto— Mediciones de importancia obstétrica— Diámetros de la cabeza y de la cara— Descripción de las principales fontanelas y suturas y su papel en el amoldamiento durante el parto.

La circulación del feto á las 5 semanas, á la mitad de la preñez y al fin ó circulación intra uterina — Cambios en la circulación del feto después del nacimiento para establecer su circulación definitiva.

Nutrición; calorificación; respiración; secreciones; sensibilidad y motilidad del feto durante la vida intrauterina.

MODIFICACIONES DEL ORGANISMO DE LA MUGER DURANTE EL CURSO DE LA PREÑEZ.— Aspecto y modificaciones en el tegumento: máscara del embarazo — Línea bruna abdominal — Resquebrajaduras — Eventración — Sustentación en la posición de pie y durante la marcha— Modificaciones en el aparato circulatorio y la sangre — Trastornos de la respiración — La función digestiva— El aparato urinario.—Modificaciones del sistema oseó — Modificaciones del sistema nervioso — Intervención de las funciones tiroidea, pituitaria, supra renal y ovárica en el curso de la preñez, para asegurar su normalidad y como causa de múltiples trastornos.

Modificaciones locales — La vulva— La vagina: aspecto y datos que suministra el examen de estos órganos.

El útero — Cambios de volúmen, de grosor y longitud de la cavidad uterina— Reglas para determinar su altura en los distintos meses de la preñez; diámetros á expensas de los cuales crece especialmente la matriz — — Su espesor y adelgazamiento al fin de la preñez— Cambios de forma de la matriz durante los tres trimestres de duración del embarazo— Capacidad y peso de la matriz al fin de la preñez— Cambios en las relaciones de la matriz con los órganos abdominales en los distintos meses de la preñez según su altura— Inclinação y torsión de la matriz: el punto doloroso ovárico.

Cambios en su estructura— Disposición del peritoneo al principio, á la mitad y al final de la preñez — Modificaciones de la capa muscular: hay trabajo de hipertrofia de las elementos musculares, pero no hiperplasia —Cambios de las modificaciones, arteriales venosas y linfáticos— Modificaciones en la mucosa.

Modificaciones del cuello — Aspecto y caracteres clínicos en la nulípara, primigrávida y multigesta: cambios de volúmen, forma y consistencia — Aspecto del hocico de tenca

Modificaciones en las trompas: cambios de volúmen y de circulación — Cambios en la mucosa.

Modificaciones en los ovarios— Cesación de la ovulación — La actividad del ovario durante la gestación se concentra en el cuerpo amarillo.

Modificaciones mamarias — Cambios de volúmen y tensión. Aspecto de las venas cutáneas — Modificaciones de la areola y el pezón— Los tubérculos de MONTGOMERY— Aparición del calostro— Dolorabilidad de la mama.

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO.— Los signos reflejos de la preñez no tienen gran valor para el diagnóstico. La máscara ó cloasma, la línea bruna abdominal y aún los mismos que podríamos llamar reaccionales, como: el vómito, la turgencia de las mamas y aparición de calostro, pueden hacer suponer, pero nunca afirmar la existencia del embarazo. Los signos de importancia ó valor son la supresión de las reglas (ley de PAJOT) y los datos recogidos por el examen físico: signo de BUDIN; el signo de HEGAR y el aumento gradual del volúmen de la matriz son signos de gran valor que permiten casi afirmar la preñez — Estos signos son los que pueden recogerse en la primera mitad del embarazo y por eso se llaman así: signos de la primera mitad— Los signos de la segunda mitad del embarazo son signos de certidumbre, porque permiten, por la exploración física, comprobar la presencia del feto en el claustro materno;— Movimientos activos del feto—Ruido de Choque fetal— Movimientos pasivos — Peloteo abdominal y peloteo vaginal — Per-

cepción de los latidos del corazón fetal (latidos desdoblados) — Caracteres de estos latidos y diferenciación de los latidos maternos— Altura gradual del útero — Contracciones indoloras de la preñez— Percepción de las diversas regiones fetales apreciadas por la palpación.

Tentativas para el diagnóstico de la preñez por el método de la desviación del complemento: por los anticuerpos placentarios; por los anticuerpos fetales; por el antígeno amniótico. El veneno de Cobra. Reacción de **ABDERHALDEN**

Diagnóstico diferencial de la preñez— Con la ascitis general ó enquistada.—Con los quistes del ovario—Con los miomas uterinos — Con la hematómetra— Con la polisarcia — El embarazo nervioso ó falso.

Diagnóstico diferencial entre primigravidad y multiparidad — Datos que suministra la entrada de la vagina; el estado de las carúnculas himeneales ó mirtiformes— Caracteres del hocico de tenca en las primíparas — El cuello en las múltiparas: hendidura transversal— Los datos que suministra la exploración del abdomen y parte superior de la cara interna del muslo tienen valor secundario.

Diagnóstico de la edad de la preñez — Signos del primer mes del embarazo— El punto de partida para el diagnóstico es la aparición de la última regla.— Regla de **PINARD** — Regla de **BUDIN**— Regla de **TARNIER**— Calendario obstétrico — Signos del segundo mes del embarazo ó de los trastornos nerviosos — Signos del tercer mes ó de los trastornos digestivos — Signos del cuarto mes ó de disminución de los trastornos digestivos — Signos del 5.º mes ó de cesación de los trastornos funcionales — Signos del 6.º mes; el mes de bienestar— Sig-

nos del 7.^o mes ó de la aparición de nuevos trastornos digestivos— Signos del 8.^o mes ó de las perturbaciones en la marcha— Signos del 9.^o mes ó de los grandes trastornos mecánicos— Altura del útero en los distintos meses de la preñez — Percepción por la madre de los movimientos activos del feto para determinar la mitad del embarazo — Método de AHLFELD por la medición de la longitud del feto — Compás de AHLFELD.

ACTITUD DEL FETO EN EL CLAUSTRO MATERNO—Ley de acomodación de PAJOT.Situación—Presentación—Posición y variedad de posición.

Situación longitudinal y transversal — Caracteres que suministran la inspección y palpación.

Presentación cefálica — Presentación de nalgas: datos que suministra la palpación en uno y otro caso.— Datos suministrados por la auscultación — Datos recogidos por el tacto.

Presentación de vértice: occípito izquierda anterior — Occípito derecha, posterior— Occípito derecha anterior — Occípito izquierda posterior — Razón de la frecuencia de las presentaciones de vértice — Ley de acomodación de PAJOT —Razón de la frecuencia de las occípito izquierda anterior y sucesivamente de la derecha posterior, etc.— Diagnóstico de cada una de estas variedades de posición por la palpación y auscultación durante el embarazo.

Presentaciones de cara — Mento derecha posterior. —Mento izquierda anterior — Mento izquierda posterior — Mento derecha anterior — Razón de las presentaciones de cara — Las presentaciones de cara son casi siempre el resultado de un hecho accidental — Diagnóstico de estas posiciones y variedad de posición durante

el embarazo por la palpación: el hachazo — Datos que se obtienen por la auscultación.

Presentaciones de nalgas — Sacro izquierda anterior— Sacro derecha posterior— Sacro derecha anterior —Sacro izquierda posterior — Presentación de nalgas completa y de nalgas incompleta (modalidad de nalgas, de rodillas ó de pié)—Síntomas y diagnóstico de estas presentaciones y modalidades, posiciones y variedades de posición, durante el embarazo por la palpación, auscultación y tacto.

EMBARAZO MULTIPLE.— Variedades de embarazo múltiple; sus causas — Diagnóstico del embarazo gemelar por la auscultación y la palpación — Datos que suministra el tacto.— El embarazo gemelar no debe afirmarse sino cuando la auscultación simultánea, permite comprobar la existencia de dos corazones fetales.— Aforismo de CAPURON.

DURACION DEL EMBARAZO.—La dificultad para determinar con exactitud la duración del embarazo proviene de la de fijar el momento en que se verifica la fusión de la célula espermática y ovular, el comienzo de la concepción consiguiente — ¿Se debe aceptar la prolongación del embarazo ? — Opiniones y teorías — La duración del embarazo debe fijarse en 10 meses lunares ó 9 meses solares aproximadamente ó sea entre 270 y 280 días — Importancia de la fijación de la duración del embarazo bajo el punto de vista médico-legal— Disposiciones del Código Civil Peruano y otros códigos sobre la materia.

HIGIENE DEL EMBARAZO Y PUERICULTURA PRECONCEPCIONAL: La practica de los baños generales y locales —Las inyecciones vaginales — Relaciones sexuales —El uso del corsé y de la faja.

Ejercicios y viajes — Las profesiones y el trabajo— Vigilancia del aparato digestivo— Higiene del sistema nervioso.— Necesidad de cuidar y vigilar el perfecto funcionamiento del aparato renal— Necesidad de los exámenes frecuentes de la orina, especialmente en las primíparas — Primeros signos de auto intoxicación grávida — Necesidad de establecer con oportunidad, durante el embarazo, la conformación de la mujer por la pelvimetría y exploración de sus órganos genitales externos. Necesidad de establecer con igual oportunidad el diagnóstico de la situación, presentación y posición.

Reglas de puericultura antes de la concepción— La salud y taras de los padres — Los peligros del alcohol; de la sífilis, tuberculosis y traumatismo síquico—Las infecciones graves; influencia sobre el producto de la concepción.

EL PARTO

El parto es el acto en virtud del cual se verifica por las vías naturales la expulsión ó extracción del feto viable— De allí la clasificación del parto en natural y artificial; fisiológico ó eutócico, distócico ó patológico — Parto simple — Parto múltiple — Parto prematuro— Parto á término.

CAUSAS DEL PARTO—Diversas teorías para explicar la determinación del parto — Causas eficientes y causas determinantes.

ANÁLISIS DEL PARTO Y FENÓMENOS DEL TRABAJO: fisiológicos, mecánicos y plásticos—La contracción uterina

y sus caracteres — Su intermitencia y ritmo — Intensidad de la contracción — Es posible medir la intensidad de la contracción, como pretenden DUNCAN, SCHATZ y RIBEMONT? — Duración de la contracción — Dolorabilidad de la contracción — Relación entre la duración de la contracción y el dolor: esquema de POLAILLON — Dolores preparantes ó moscas — Eficacia de la contracción.

Papel de la prensa abdominal en el refuerzo de la contracción, para determinar la expulsión: músculos encargados de esta función.

Deshacimiento y dilatación del cuello uterino — Proceso del deshacimiento en las primíparas y múltiparas. Duración del deshacimiento en unas y otras — Cambios en el orificio interno del cuello durante el deshacimiento. Formación del anillo de contracción — Anillo BANDL — Zona distensible y zona contráctil de la matriz — Proceso de ensanchamiento del orificio externo ó dilatación propiamente dicha — Curso y duración de la dilatación en las primíparas y múltiparas — Investigaciones de IVANOFF — Investigaciones sobre las piezas congelada de BRAUN. — Formación de la cavidad cérvico-vaginal.

Dilatación y contracciones vaginales. Ampliación del periné — Ruptura del anillo himeneal y formación de las carúnculas mirtiformes — Papel del elevador del ano y de los músculos que lo refuerzan en la corrección del parto — Ampliación de la vulva.

Los limos ó marcas del parto. — Su procedencia. — Su destino — Limos sanguinolentos — Su procedencia y **significación clínica.**

La bolsa de las aguas. — Su formación — Variedad de formas. — Cómo la bolsa de las aguas tiene distintas formas para cada presentación, constituyendo una

revelación de importancia clínica notable — Bolsa plana. Bolsa cilíndrica — Bolsa piriforme — Bolsa voluminosa llenando la vagina — Modo, momento y precauciones con que debe explorarse la bolsa de las aguas — Ruptura de la bolsa de las aguas — Punto en que se rompe la bolsa de las aguas.—Momento en que debe verificarse la ruptura de las aguas en el parto normal—Ruptura tempestiva—Ruptura intempestiva; Ruptura prematura— Opinión de PINARD sobre la ruptura de la bolsa de las aguas, antes de la aparición de los dolores del parto — Ruptura á diferente tiempo de las dos membranas que constituyen la bolsa de las aguas: ruptura anticipada del amnios. Ruptura anticipada del corion: *la cofia de la fortuna*. Modo de formación de la bolsa de las aguas — Caracteres del líquido amniótico: color, densidad y cantidad —Indicaciones clínicas derivadas del color del líquido amniótico—Coloración sanguinolenta del líquido amniótico— Fetidez ó putrefacción del líquido amniótico: su significación clínica.

Modificaciones del organismo en el acto del parto— La temperatura de la madre en la axila, en la vagina temperatura intrauterina — El pulso— Modificaciones de la respiración. Excitabilidad nerviosa — Calambres por compresión.

DIAGNOSTICO DEL PARTO—Calidad del dolor y su frecuencia — Solo se puede afirmar la iniciación del trabajo del parto cuando ha comenzado el trabajo de dilatación — Significación de las marcas del parto.

Curso clínico del parto. — Periodo premonitorio: sus caracteres; secreciones vulvo vaginales — Periodo de dilatación. Calidad de los dolores y su repetición — Estado general; ruptura de la bolsa de las aguas— Periodo

de expulsión: intensidad de las contracciones— Refuerzo de la prensa abdominal; abombamiento del periné; aparición de los signos de compresión de la vejiga y del recto— Ensanchamiento de la vulva; adelgazamiento de la horquilla; expulsión del primer ovoide; sensación de alivio; expulsión del segundo ovoide — Periodo del alumbramiento: desprendimiento por la retracción uterina; desprendimiento secundario ó mediante contracciones; intervalos que guardan entre sí; pérdida normal de sangre.

DURACION DEL PARTO: duración del periodo de dilatación en las primíparas y multíparas según las estadísticas de la clínica de la Maternidad de Lima. Duración del periodo de expulsión en las primíparas y multíparas, según las mismas fuentes—Influencia de la edad, de la herencia y la conformación en la duración total del trabajo.

FENOMENOS PLASTICOS DETERMINADOS POR EL PARTO.—Cambios de forma y volúmen de las partes fetales ó deformaciones intrínsecas—Infiltración edematosa de los tegumentos del feto ó bolsa sero-sanguínea—Amoldamiento de la cabeza fetal por cabalgamiento de sus huesos.—Influencia de la duración del trabajo en la formación de la bolsa sanguínea. Hematoma sub perióstico.

FENOMENOS MECANICOS DEL PARTO O MECANISMO DEL PARTO.—Tiempos en que se verifica la expulsión: 1.º encajamiento; 2.º progresión; 3.º rotación; 4.º expulsión del primer ovoide; 5.º rotación del segundo ovoide; 6.º expulsión total.

Mecanismo del parto en la presentación de vértice— Modo como se verifica el encajamiento en la primíparas y multíparas — Grado de flexión necesario al normal en-

cajamiento. Modo de encajamiento sinclítico — Modo de encajamiento asinclítico: anterior y posterior — Opiniones de PINARD y VARNIER. Opinión de ZWEIFEL: la fuerza axial.—Esquema de ZWEIFEL para demostrar la causa de la flexión de la cabeza — La escuela alemana— Opiniones de DUNCAN, CASOT, TARNIER, KALTEMBACH, BUDIN, OLSHAUSEN y BEIT — Influencia de la coincidencia de los ejes uterino, fetal y pelviano en la producción del sinclitismo ó asinclitismo — Duración de la progresión — Apreciación por la auscultación y el tacto del movimiento de progresión — Rotación de la cabeza; movimiento del occipuccio hácia el pubis—Influencia del elevador del ano y del coccix en la rotación hacía adelante — Teorías de DUBOIS y de PLAYFAIR— *El primum movens para OLSHAUSEN y BEIT es la rotación del tronco hacía adelante.*—La expulsión del ovoide cefálico—No es únicamente la fuerza axial que produce la extensión de la cabeza; sino, en gran parte, como lo supone TARNIER, la retracción del periné, que se desliza rápidamente sobre la cara.—La rotación del ovoide cormico hace colocar el diámetro bisacromial paralelo al diámetro antero - posterior del estrecho inferior y el hombro anterior por debajo del pubis, por la acción de las mismas fuerzas que hicieron rotar la cabeza hacía adelante— La explicación de SELLHEIM es la confirmación de la ley de acomodación de PAJOT— La expulsión total es la consecuencia de la acción de la contracción uterina reforzada y de la resistencia que opone el diafragma pelviano.

Mecanismo del parto en cada una de las cuatro variedades de posición de las presentaciones de vértice; occípito izquierda anterior, derecha posterior, derecha anterior é izquierda posterior.—

Mecanismo del parto en la presentación de cara— Modo como se hacen los seis tiempos del parto en cada una de las posiciones de cara: derecha posterior, izquierda anterior, izquierda posterior, derecha anterior — Cómo en las presentaciones de cara los tiempos de progresión y rotación se hacen en parte simultáneamente.

Mecanismo del parto en las presentaciones de nalgas —Modo como se verifican los seis tiempos del parto en cada una de las posiciones sacra izquierda anterior, sacra derecha anterior, sacra izquierda posterior y sacra derecha posterior.

Mecanismo del parto en caso de gemelos — Lentitud del proceso de dilatación —La expulsión del primer feto— La expulsión del segundo feto — Tiempo que puede pasar entre el parto del primero y segundo feto.

IRREGULARIDADES EN EL MECANISMO DEL PARTO: Retardo en el encajamiento por flexión insuficiente ó exagerada; su corrección. Las presentaciones de sincipicio— Causas productoras del asinclitismo. El asinclitismo anterior en los casos de vientre péndulo — Rotación exagerada, deficiente, ó pervertida — Influencia del grado de flexión de la cabeza y la conformación de la pelvis en la rotación —Rotación pervertida: occipuccio hácia atrás: causas de orden anatómico ó fisiológico— Anomalías del desprendimiento.

DIAGNOSTICO DE LAS PRESENTACIONES DE VERTICE Y DE SUS VARIEDADES DE POSICION DURANTE EL PARTO, antes de la ruptura de la bolsa de las aguas y después de dicha ruptura, por medio del tacto.

Diagnóstico durante el parto de las presentaciones de cara y sus variedades de posición por el tacto y auscultación — Encajamiento tardío en las presentaciones de cara.

DIAGNOSTICO DURANTE EL PARTO DE LAS PRESENTACIONES DE NALGAS. y sus variedades de posición por el tacto y auscultación — Significación de la expulsión de meconium.

EL ALUMBRAMIENTO

Definición — Mecanismo de la expulsión de la placenta cuando se ha desprendido por la retracción uterina— Mecanismo del desprendimiento en los casos en que interviene la contracción uterina — El desprendimiento de las membranas — Tiempos en que se hace la expulsión de la placenta: el desprendimiento; el descenso al segmento inferior del cuello ó cavidad cervico vaginal; expulsión total— Signos clínicos mediante los cuales se puede conocer el desprendimiento y descenso de la placenta, el desprendimiento parcial ó la adherencia total — Datos que suministra la exploración de la matriz por palpación — Datos que suministra la exploración del cordón en su porción extra genital.

ASISTENCIA DEL PARTO

Elección del medio — Utiles de asistencia — Instrumental del médico para la asistencia — Instrumental que requiere la partera— Material de desinfección y cura — El uso de los guantes — Vestidos y mandiles de trabajo—Desinfección del médico ó partera — Desinfección de la parturienta — Precauciones del primer examen— La cama de parir— Posición de la parturienta según el periodo del parto, la presentación y posición.

La anestesia en el parto — Anestésicos generales y locales usados en el parto — Momentos del trabajo en que debe usarse la anestesia — Indicaciones y contra in-

dicaciones de la anestesia durante el parto -- Cloroformización completa — Cloroformización á la reina — Eterización— Anestesia por inyección intra venosa.

Procedimientos de analgesia general— La morfina La scopolamina—morfina — El Pantopón y el pantopón-scopolamina; procedimientos mixtos.

Procedimientos de anestesia local— Inyección intra raquídea: cocaína; stovaína; novocaína.

Anestesia del útero: la novocaína-adrenalina. (RECLUS)

Asistencia durante el periodo de dilatación. — Asistencia durante el periodo de expulsión — Protección del periné — Cuidados especiales en las primigrávidas — Dos condiciones han de guiar la protección del periné para garantizar su integridad: flexión máxima de la cabeza; desprendimiento lento y, cuando es posible, entre dos contracciones.

Asistencia especial en las occípito-posteriores. —Precauciones á tomar para asegurar la rotación adelante.

Asistencia del parto en la presentación de cara. — Conveniencia de la abstención absoluta; verdad de la afirmación de BUMM respecto á asistencia en los casos de presentaciones de cara: *el mejor partero es el que más sabe esperar*— Maniobra de Mad. LACHAPELLE. Procedimiento de CHIAJE, para la corrección de la presentación de cara.

Asistencia del parto en la presentación de nalgas.

Debe intentarse la versión por maniobras externas cuando se hace el diagnóstico de presentación de nalgas durante el embarazo? Necesidad de la posición ho-

horizontal para conservar la integridad de la bolsa de las aguas—La posición obstétrica debe adoptarse durante el tiempo de expulsión — Las excitaciones que se verifiquen en la piel del feto determinan movimientos inspiratorios — Retardo en la progresión —Conducta que debe observarse para la salida de los hombros y evitar su extensión — La expulsión de la cabeza — Maniobra de MAURICEAU y PINARD — Maniobra de Mad. LACHAPELLE— Indicaciones para ejecutarlas.

Asistencia del parto gemelar. — Necesidad de la posición horizontal en el parto de gemelos—Vigilancia de la expulsión del primer feto — Necesidad de hacer la forci-presión del cordón — Cuidados higiénicos necesarios entre la expulsión del primer feto y el segundo — ¿Cuanto tiempo se puede esperar entre la expulsión del primer feto y el segundo?— Gemelos monocoriales y bicoriales —Cuidados durante el parto del segundo feto. Vigilancia especial del alumbramiento y necesidad de hacer la exploración minuciosa de los anexos.

Asistencia del alumbramiento — Debe ligarse el extremo placentario del cordón?— Necesidad de la vigilancia continua de la parturienta mientras se verifica el alumbramiento— Datos que hacen conocer el desprendimiento —Descenso á la cavidad cervico—vaginal—Hemorragia coetánea del desprendimiento--Desprendimiento por la cara fetal ó uterina: su frecuencia— Torsión de la placenta para asegurar el desprendimiento completo de las membranas—¿Durante cuánto tiempo después del parto se debe esperar la expulsión espontánea de la placenta?—Maniobra de CREDE—Inconveniencia de las fricciones de la matriz á través del abdomen y de las tracciones del cordón.

Cuidados de desinfección después del alumbramiento — Los cuidados de desinfección después de asegurarse de la integridad del periné deben limitarse á los genitales externos — Los coágulos que quedan en la cavidad cervico vaginal son defensas contra la infección — Los lavados vaginales y limpieza de la vagina deben quedar absolutamente proscritos — Cuidados de desinfección en la vagina y el cuello, antes del parto y después del alumbramiento: solo pueden justificarse por infección preexistente comprobada.

EL PUERPERIO

Definición. — Aspecto clínico de la mujer después del parto — Modificaciones anatómicas del proceso de regresión del útero y demás órganos de la hilera genital durante el puerperio — Estudio clínico de la regresión uterina — Fenómenos generales y locales durante el puerperio — Los lóquios — Cantidad y calidad en los días sucesivos — Indicaciones clínicas y terapéuticas que se sacan del exámen de los lóquios — Higiene del puerperio — Cuidados higiénicos locales — Necesidad de vigilar la involución uterina — La faja abdominal durante el puerperio — Condiciones que debe reunir — Modelos principales — Permanencia en la cama y época de dejarla. — Alimentación de la puérpera según deba ó no lactar á su hijo — La *subida* de leche — ¿Hay fiebre de leche? — Cuidado higiénico de los senos ó mamas.

PUERICULTURA DEL RECIEN NACIDO.

Recién nacidos á término — Ligadura del cordón — Debe ligarse el cordón? — Cómo debe ligarse el cordón — Momento en que debe ligarse — Material de ligadura —

Cauterización de la herida del cordón—Ligadura simple —Onfalotripsia — Curaciones posteriores del cordón — Precauciones para asegurar la rápida caída del cordón— Longitud ó distancia del ombligo en que deb e hacerse la sección—El cordón debe mantenerse libre de toda humedad y de todo contacto séptico.

Limpieza de las aberturas bucal, nasal y auditiva. Precauciones respecto de los ojos — Las instilaciones de jugo de limón — Instilaciones de solución de nitrato de plata — Examen de la buena conformación de los aparatos urinario y genital externos; abertura anal; conformación de los miembros.

Limpieza de la piel: vernix caseosa — Vigilancia sobre la regularización de la respiración y coloración de la piel como indicación de la normalidad de la circulación.

NIÑOS NACIDOS EN INMINENCIA DE ASFIXIA. — Asfixia azul, apoplética ó congestiva: sus caracteres — Forma sincopal, anémica ó asfixia blanca: sus caracteres — El insuflador de RIBEMONT— El aeróforo de GAIREL— Respiración artificial: procedimiento de SYLVESTER; procedimiento de SCHULTZE; procedimiento de BYRD.

CUIDADOS ESPECIALES QUE REQUIEREN LOS NIÑOS NACIDOS PREMATURAMENTE.—El gavage—La incubadora: incubadora de TARNIER —La cámara de incubación indispensable en las Maternidades—Improvisación de una cámara de incubación en la práctica civil.

Lavado del niño: *el frío es el enemigo del niño recién nacido*— Condiciones para dar bien el baño al niño — Temperatura del baño — Preparativos — Modo de sostener el niño en el baño— Miedo de los niños al baño — Duración del baño y salida del baño.

La envoltura después del baño — Vestidos de que se compone la envoltura llamada ordinaria — Calidad de las telas — Manera de vestir al niño — La mantilla y los pañales — El vestido francés — El vestido inglés.

Abrigos para los niños — La cuna del niño — El niño debe reposar, pero no dormir en la cama de la madre — La susceptibilidad del sistema nervioso del niño exige que la cuna no se deba balancear — Materiales de la cuna y necesidad de preservarla de bichos, zancudos etc.: la tela-mosquito; *nothing!* — Condiciones que deben tener el colchón y la almohada. — El niño debe siempre acostarse de lado. — Paseos.

Vacunación antivariólica.

ASISTENCIA SOCIAL: Las instituciones: la Cuna Maternal; la Gota de Leche: su definición é importancia — Necesidad de fomentarlas.

LACTANCIA

Definición de lactancia — Lactancia materna; lactancia mercenaria ó por nodriza; lactancia artificial; regimen mixto — La leche requerida por el niño es la de su propia madre, salvo casos de contraindicación especial — ¿Tiene una madre el derecho de disponer de su propia leche, privando de ella á su hijo, en beneficio de un tercero? — La leche de la madre es propiedad absoluta del hijo — Reglas para la lactancia materna — Número y tiempo de las mamadas, según la edad del niño — El niño debe alimentarse durante el día y reposar durante la noche — Calidad de la leche de la madre — Indicaciones y contraindicaciones de la lactancia por la madre — Necesidad de tomar el peso diario del niño. — Balanza pesa-bebes: modelos principales: condiciones de

una buena balanza.—Higiene de la mujer que lacta — Influencia dañina de las fatigas físicas y emociones morales—Influencia de la menstruación y de los placeres sexuales sobre la lactancia.

Lactancia por nodriza — Reglas para elegir una nodriza — Casos en que se debe permitir, aconsejar ó prohibir la lactancia mercenaria.

Lactancia artificial — La elección de la leche — Leche cruda; leche cocida; leche pasteurizada; leche maternizada— Reglas para la preparación de la leche ó esterilización — Esterilizadores de leche; esterilizadores de SOXHLET y ARNOLD; esterilizador de ROBERT — Botellas de SCHULZ— Los tapones — Modelo de biberon — Los pezones—Pesoneras de AUVARD, BAILLY y BUDIN. Modo de administración de la leche: grado de dilución de la leche.

Lactancia mixta: definición; reglas para la lactancia mixta.

Después del nacimiento el niño no debe tomar sino el calostro y leche de su madre. La costumbre del paladeo debe ser proscrita.

Uso de harinas para la alimentación del recién nacido.—Sus inconvenientes.

Práctica de la lactancia materna — Manera de coger al niño para amamantarlo: durante la succión debe vigilarse la libre respiración del recién nacido — La lactancia con la cuchara ó el vaso.

PREÑEZ, PARTO Y PUERPERIO PATOLOGICOS

Las enfermedades de la preñez, locales ó generales, médicas ó quirúrgicas, dependen unas de la preñez; otras son independientes.

Interesa especialmente el estudio de las enfermedades dependientes de la preñez ó grávicas.

ENFERMEDADES GRAVIDICAS LOCALES.—Vulvitis y prurito vulvar; vegetaciones vulvares.—Vaginitis: sus variedades: vaginitis granulosa.—Desviaciones del útero grávido: sintomatología; marcha y accidentes; sus causas; su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—La retroversión del útero grávido es la que interesa especialmente conocer.—Mala conformación del útero y preñez: interrupción de la preñez; presentaciones anormales: dificultades del alumbramiento.

Várices.—Várices de los miembros inferiores; síntomas; diagnóstico; tratamiento.—Várices vulvares: síntomas; complicaciones durante la preñez y durante el parto.—Hemorroides.

ENFERMEDADES DE LA CADUCA:—Endometritis y preñez.

ENFERMEDADES DEL CORION:—Mola hidatiliforme anatomía patológica; sintomatología; diagnóstico; pronóstico; tratamiento. El deciduoma maligno ó corioepitelioma: anatomía patológica; diagnóstico; pronóstico y tratamiento.

ENFERMEDADES DEL AMNIO: Hidro-amnios: anatomía patológica; etiología; síntomas; complicaciones; diagnóstico; pronóstico; tratamiento.—Oligoamnios; definición; causas; complicaciones: bridas amnióticas: sus inconvenientes. Hidrorrea: sus causas; diagnóstico.

PREÑEZ EXTRA UTERINA: definición: anatomía patológica; fisiología patológica; sintomatología: signos de preñez anormal; complicaciones: hemorragias cataclísmicas.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Tratamiento.

ENFERMEDADES GENERALES DEPENDIENTES DE LA INTOXICACION GRAVIDICA: el vómito: sus causas; su marcha; su etiología; tratamiento.—Vómito incoercible: etiología: origen gerital; origen tóxico: Teoría de PINARD.—Sintomatología y marcha.—Pronóstico.—Tratamiento: tratamiento médico; tratamiento obstétrico.

Albuminuria: sintomatología; etiología; diagnóstico; tratamiento.—La eclampsia: periodos: prodrómico convulsivo y comatoso. Descripción del ataque convulsivo. Formas anómalas. Curso. Diagnóstico diferencial.—Influencia de los accesos eclámpicos sobre la preñez, el parto y el feto.—Pronóstico.—Anatomía patológica.—Etiología: diversas teorías. — Tratamiento: tratamiento del ataque de eclampsia; tratamiento de la enfermedad; tratamiento médico; tratamiento obstétrico.

Ptyalismo: descripción, causas y tratamiento.

Gingivitis. descripción; causa y tratamiento.

Dermatosis gravídicas: sus variedades; sintomatología; tratamiento.

Neuralgias:—Neuritis.

Neurosis; sus variedades; tratamiento.

Locura puerperal: formas clínicas; causa; tratamiento.

Icteria: causas y tratamiento.

Anemia perniciosa puerperal: síntomas; diagnóstico; pronóstico; tratamiento.

COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LA PREÑEZ. —

Tumores uterinos y periuterinos complicando la preñez: El cáncer complicando la preñez: su diagnóstico.—Influencia de esta neoplasia sobre el curso de la preñez.—Tratamiento.

Fibromas uterinos complicando la preñez.—Influencia de los fibromas sobre la evolución de la preñez.—Influencia de la preñez sobre la evolución y rápido crecimiento del fibroma.—Diagnóstico diferencial.—Influencia del fibroma sobre la presentación y posición.—Tratamiento.

Kistes del ovario. — Diagnóstico diferencial. — Kistes del ovario complicando la preñez.—Influencia de los kistes del ovario en la evolución de la preñez.

ENFERMEDADES GENERALES COMPLICANDO LA PREÑEZ.—La sífilis: Sífilis de la madre; Sífilis del padre; sífilis del huevo.— Caracteres del niño heredo sifilítico.—Sífilis de la placenta.—Feto sifilítico.—Influencia de la sífilis en el curso de la preñez.

La tuberculósis.—Influencia de la tuberculósis del padre y de la madre sobre el curso de la preñez.—Placenta tuberculosa.

Diabetes.—Evolución de la diabetes durante la preñez é influencia de aquella en la evolución y determinación del parto.

El alcoholismo.—Influencia del padre ó la madre alcohólicos sobre el curso y terminación de la preñez.—Influencia sobre el producto de la concepción.

Otros envenenamientos: su influencia sobre el curso de la preñez.

INTERRUPCION ACCIDENTAL DE LA PREÑEZ.—Muerte del feto: sus causas.—Sintomatología de la muerte del fe-

to.—La ausencia de latidos permite afirmar la muerte del feto?—Destino ulterior del feto muerto: disolución del feto; momificación del feto; maceración; putrefacción.—Pronóstico.—Tratamiento.—Estado de retención.

EL ABORTO: sus causas; descripción y sintomatología del aborto del primero al 6º mes.—Accidentes que complican el aborto.—La retención de restos de huevo ó placenta; su diagnóstico; tratamiento de las retenciones.—Tratamiento médico del aborto. Tratamiento del aborto incompleto.

PARTO PREMATURO: sus causas; descripción; tratamiento.

PARTO PATOLOGICO

DISTOCIAS DE ORIGEN FETAL.—Presentaciones de hombro.—Actitud del feto en la presentación de hombro; causas; diagnóstico de la presentación de hombro por la palpación, auscultación y tacto.—Las presentaciones de hombro son: de hombro derecho y de hombro izquierdo, con dorso adelante ó dorso atrás.—Importancia del diagnóstico de la presentación de hombro durante la preñez.—Diagnóstico de la presentación de hombro durante el parto.—Diagnóstico del hombro y el dorso por el tacto.—prociencia del miembro superior ó inferior.— Datos que ofrece el miembro superior prociencia para el diagnóstico del hombro presentado y de la situación del dorso del feto.—¿Es posible la terminación espontánea del parto en los casos de presentación de hombro?—Pronóstico de la presentación de hombro para la madre y para el feto.—Tratamiento de estas presentaciones.

Distocias por el volúmen del feto.—Exceso de volumen del feto.—Hidrocefalia: diagnóstico de la hidrocefalia por la palpación, auscultación y tacto.—Pronóstico para la madre y el niño. Tratamiento.—Ascitis del feto: su diagnóstico.—Retención de orina.—Tumores del feto. — Monstruosidades fetales: sus variedades principales y sus causas.—Putrefacción del feto: accidentes.

Distocias en el parto gemelar: lentitud del trabajo; presentaciones viciosas; procidencia de miembros del segundo feto acompañando la presentación del primero; dificultades que ofrece el segundo feto á la libre expulsión del primero: complicaciones: tratamiento.

DISTOCIAS DE ORIGEN OVULAR—Procidencias del cordón.—Definición: procidencia simple ó complicada de miembros del feto; procúbitus; laterocidencia.—Causas. Signos: con integridad y ruptura de la bolsa de aguas.—Complicaciones—Tratamiento de la procidencia —Porta cordon de TARNIER.

Desprendimiento preternatural de la placenta: Definición.—Etiología.—Sintomatología: consistencia leñosa de la matriz.—Pronóstico.—Tratamiento.

Placenta insertada anormalmente: definición: placenta lateralizada; placenta marginal; placenta previa.—Causas de la inserción baja de la placenta.— Diagnóstico de la inserción baja de la placenta: por la palpación, auscultación y tacto.—Complicaciones á que da lugar la inserción viciosa de la placenta: hemorragias; ruptura de membranas; presentaciones viciosas.—Tratamiento de la inserción viciosa de la placenta: conducta en caso de presentación viciosa; conducta en los casos de ruptura prematura de membranas ó tratamiento de

as hemorragias: balon de CHAMPETIER de Ribes.—Métodos de BRAXTON — HICKS. Método de PINARD.—Tratamiento general de la paciente.

Anomalías del cordón.—Dimensiones anormales.—Brevedad del cordón. Circulares y nudos del cordón.—Inserción del cordón en la placenta.—Ruptura del cordón. —Pronóstico de estas anomalías y accidentes; su tratamiento.

DISTOCIAS DE CAUSA MATERNA.—Distocias por la pelvis osea.—Para estudiar las pelviviciaciones es indispensable remontarse al estudio de la transformación de la pelvis infantil en pelvis adulta; considerar las fuerzas contrarias que actúan para formar la pelvis normal y de dimensiones tocológicas; tener en cuenta las causas generales que debilitan ó perturban la nutrición, dando origen á modificaciones de forma de la pelvis; las causas accidentales: género de trabajo, y los traumatismos que contribuyen al mismo fin; y, por último, el equilibrio de las secreciones internas, que tanta significación tiene en el desarrollo. Desde el punto de vista obstétrico interesa especialmente conocer los tipos principales de pelvis con modificaciones en las dimensiones y forma del estrecho superior: *la pelvis plana, la pelvis estrechada transversalmente, la pelvis oblicua*.—Las pelvis modificadas en su forma por reducción de todos los diámetros: *pelvis enana; pelvis general y regularmente estrecha: pelvis justo minor*.—Las pelvis derivadas de vicios de desarrollo ó enfermedades de la columna vertebral: *la pelvis lordósica, la pelvis sifósica y sifoescoliótica; la espondilolitesica, la pelvis espondilolizemica ó pelvis obteta*.—Las pelvis viciadas por defectos de desarrollo: *pelvis oblicua oval de NOEGELE;*

pelvis de ROBERT; pelvis de LITZMAN y, por último, la pelvis osteomalásica.

Influencia de la forma de cada una de estas pelvis en el curso del parto y modo como este se realiza.— Descripción anatómica y obstétrica de los tipos principales de pelvis.—Desde el punto de vista clínico el partero necesita conocer la posibilidad del parto y, por consiguiente, las dimensiones del diámetro conjugado verdadero; de allí el agrupamiento clínico de las pelvis: en *pelvis cuyo diámetro antero posterior oscila entre 11 y 9 centímetros; pelvis cuyo diámetro oscila entre 9 y 6 centímetros y pelvis en las que ese diámetro es menor de 6 centímetros*. Esas formas de pelvis permitirán el parto por las vías naturales, en el primer caso; mediante una intervención quirúrgica, en el segundo; é imposibilitan el parto por las vías naturales en el tercer caso.

Marcha del parto en las pelvis estrechas.—Conducta que debe observarse según el grado de estrechez.—Pronóstico para la madre y el hijo.—Diagnóstico clínico de las pelviviciaciones. — Importancia de la pelvimetría interna.

DISTOCIAS PRODUCIDAS POR EL UTERO —Distocias por el cuello: estenosis ó rigidez del cuello; aglutinación del cuello; rigidez hiperplásica; edema del cuello; neoplasias del cuello; rigidez cicatricial: Síntomas de cada una de estas formas de distocia. — Marcha del proceso de dilatación.—Diagnóstico diferencial de las distocias por el cuello.—Tratamiento de estas distocias.—Falsas rigideces del cuello.

Distocias por el cuerpo.—Exageración de las contracciones uterinas. Debilitamiento de las contracciones uterinas: Insuficiencia ó inercia.—Irregularidad

de las contracciones uterinas: formación y contracción espasmódica del anillo de BANDL.--Tratamiento médico y obstétrico de las distocias por el cuerpo: los baños; (M) la morfina, la pituitrina, la ergotina, el cloroformo.

Distocias de orden mecánico.—Desviaciones uterinas.—Tumores uterinos.—Vicios de conformación de la matriz.

Distocias peri uterinas:—Quistes del ovario.—Tumores pelvianos.

DISTOCIAS POR LA VAGINA, LA VULVA Y EL PERINE.—Estrechéz y rigidez de la vagina; malas conformaciones de la vagina.—Persistencia del himen.—Rigidez de la vulva.—Trombus de la vulva y la vagina: evolución —Resistencia anormal del periné.

ACCIDENTES DURANTE EL PARTO.—Roturas uterinas: rotura completa, circular y lateral; rotura intra ligamentaria.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Pronóstico.— Tratamiento.—Inversión de la matriz.—

Desgarros de la vagina.—Necesidad del exámen de la vagina después del parto; tratamiento.

Desgarros vulvares y del periné. — Rotura completa; rotura profunda; rotura superficial.— Restauración del periné: necesidad de cuidar siempre la restitución de integridad del esfínter anal.

Hemorragias durante el parto: hemorragias por rotura de várices.—Hemorragias por rotura del seno circular: diagnóstico y tratamiento.

Ruptura de la sínfisis.— Enfisema sub-cutáneo.

DISTOCIAS EN EL ALUMBRAMIENTO; retardo en el alumbramiento: inercia uterina; contracción irregular de la matriz; adherencia anormal.

Hemorragias durante el alumbramiento: sintomatología; pronóstico y tratamiento: faja de RIVERA-MONBURG.

Anemia aguda consecutiva á las hemorragias del parto y del alumbramiento: Sintomatología; pronóstico-tratamiento.

PATOLOGIA DEL PUERPERIO.

Morbilidad y mortalidad durante el puerperio: resultados estadísticos.

Muerte súbita durante el puerperio: sus causas.

INFECCIONES PUERPERALES.—Gérmenes causantes de las infecciones: el estreptococcus; el estafilococcus; el coli-bacilo; el gonococcus.—Otros gérmenes microbianos productores de infecciones puerperales.—Diferencia entre septicemia é intoxicación ó saproemia.—Etiología de las infecciones é intoxicaciones.—Vías que sigue la infección: vía linfática; vía sanguínea.

Vulvitis y colpitis.—Endometritis puerperal. — Parametritis puerperal.—Peritonitis puerperal. — Salpingoováritis puerperal.—Flegmasia alba dolens ó flebitis puerperal.—Sintomatología de estas formas de infección local: diagnóstico; diagnóstico diferencial.—Tratamiento preventivo y curativo.

Septicemia generalizada.—Pioemia puerperal.—Formas mixtas.—Sintomatología; diagnóstico; pronóstico; tratamiento.—Profilaxis.

Complicaciones ó manifestaciones musculares y articulares de la infección puerperal.—La endocarditis puerperal.—Las neuritis puerperales.

Seroterapia de las infecciones puerperales: sueros.—Vacunas.—Los sueros de MULFORD.—Los filicógenos de PARKE DAVIS.

Las inyecciones vaginales: sus indicaciones y técnica; cánula onda; cánula atermia.

Irrigaciones intra uterinas: sus indicaciones y técnica; cánulas de DOLERIS; cánula BOZZEMAN-FRITCHS; cánula de BUDIN y cánula de PINARD; elección de la cánula.

Enfermedades de la mama.—Grietas del pezón ó tiñuelas.—Linfangitis y absesos subcutáneos.—Mamitis ó absesos de la glándula mamaria.—Galactoforitis: absesos areolares.—Sintomatología; diagnóstico diferencial; tratamiento.—Profilaxis de las infecciones de la mama.

PRINCIPALES ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL RECEN NACIDO.

TRAUMATISMOS DEL FETO. — Hemorragias viscerales: hemorragias cerebrales, medulares, abdominales. — Parálisis obstétricas: parálisis facial; parálisis del plexo braquial.—Fracturas: fracturas del cráneo; fracturas del maxilar inferior; fracturas de la clavícula; fracturas de los miembros.

INFECCIONES DEL RECEN NACIDO. oftalmía purulenta; el coriza; la bronco neumonia; la erisipela; la sífilis.

HEMORRAGIAS: de las vías genitales; hemorragias del tubo digestivo; hemorragias umbilicales.

TRASTORNOS DIGESTIVOS: trastornos gástricos; trastornos hepáticos: ictericia del recién nacido, leve ó grave; trastornos intestinales.

MENOR RESISTENCIA: esclerema; enfermedad de PARROT enfermedad de BARLOW

VICIOS DE CONFORMACION: labio leporino; macroglosia: frenillo.—Hernia umbilical, hernia crural é inguinal.—Imperforación del recto.—Hypospadias; epispadias; hermafrodismo: ectopía testicular; hidrocele.—Hidrocéfalo.—Spina bífida —Dedos supernumerarios; sindactilia; pie zambo.—Noevi.

MEDICINA OPERATORIA OSBTETRICA

OPERACIONES PRELIMINARES.—Dilatación artificial del cuello: definición; indicaciones; dilatación manual: dilatación unidigital; dilatación bimanual de BONAIRE: manual operatorio.—Dilatación instrumental: indicaciones y técnica; dilatadores de caucho: balón de TARNIER; dilatador de BARNES; balón de CHAMPETIER de Ribes.—Dilatadores metálicos: Dilatadores de HEGAR; Exito dilatador de TARNIER; dilatador de BOSSI: modelo primitivo de tres ramas BALDINELLI; y el moderno de cuatro ramas.—Dilatador FEBRES; el dilatador de FROMER. Metranoikter de HIRST SCHATZ.—Indicaciones; ventajas é inconvenientes de cada uno de estos instrumentos: manual operatorio.

Ruptura artificial de las membranas: sus indicaciones; el rompe-membranas; precauciones y manual operatorio.

Histerotomía cervical ó Cesarea vaginal: definición é indicaciones. (M) manual operatorio; resultados.

Incisiones múltiples; indicaciones (M) técnica; resultados.

Dilatación de la vagina.—Indicaciones; manual operatorio: los balones dilatadores de KELLY.

Episiotomía: indicaciones; lugar de elección; técnica.

Aborto artificial: indicaciones; manual operatorio.

Parto prematuro artificial: sus indicaciones; manual operatorio; pronóstico; resultados.—Sonda de KRAUSE.

La extracción del niño puede hacerse por las vías naturales simples, por las vías naturales ensanchadas ó por la vía abdominal.

OPERACIONES DESTINADAS A LA EXTRACCION POR LAS VIAS NATURALES SIMPLES: indicaciones operatorias.—Extracción por el forceps: historia del forceps; forceps de ramas cruzadas; forceps de ramas paralelas; forceps rectos tipo SMELLIE; forceps á curva pelviana tipo LEBRET; forceps á curva pelviana y perineal y tracciones en el sentido del eje de las cucharas (tipo MORALES ALPACA, precursor del tipo TARNIER).—Descripción de cada uno de estos tipos de forceps.—Modo de acción del forceps: como aparato de prehensión y de tracción. —Compresión y reducción de la cabeza por el forceps.—Objeto de las aplicaciones de fórceps.—Condición indispensable para poder aplicar el forceps; indicaciones para la aplicación. —Reglas para la aplicación del forceps: prehensión de la cabeza: la presa ideal; —Reglas particulares para la aplicación de forceps. —Tiempos en que se descompone la aplicación del forceps: la prehensión; la articulación de las armas; la extracción. —Contra indicaciones del forceps.—Aplicaciones de forceps en las presentaciones de vértice.—Reglas especiales para la aplicación del forceps en cada una de las variedades de las posiciones de vértice.

El forceps en las presentaciones de cara.—Reglas generales para el uso de este instrumento en las presentaciones de cara.—Indicaciones y manera de hacer las aplicaciones en cada una de las variedades de posición de las presentaciones de cara.—Aplicación del forceps en la cabeza retenida después de la salida del tronco: indicaciones y manual operatorio.

El forceps en las presentaciones de nalgas: sus indicaciones y el manual operatorio.

Pronóstico y resultados de las aplicaciones de forceps para la madre y el hijo.—El uso del forceps tiende á restringirse.—Tendencia á usarlo solo en el estrecho inferior.

Extracción manual en las presentaciones de nalgas: indicaciones.—Manual operatorio de extracción manual: en la presentación de nalgas completa; en la de nalgas incompleta.—Cuidados en la extracción de los brazos.—Extracción de la cabeza retenida: maniobras de MAURICEAU, KIWISCH, CHAMPETIER de Ribes y Mad. LACHAPELLE.—Pronóstico de la extracción manual.

Versión.—Versión por maniobras externas: técnica de la versión por maniobras externas; el cinturón de PINARD.—Indicaciones.

Versión por maniobras internas: definición.—Condiciones indispensables para llevar á cabo la versión.—Indicaciones.—Técnica de la versión.—Pronóstico de la versión.

Versión de BRAXTON HICKS ó bi-polar de BARNES: su definición; indicaciones; manual operatorio; resultados.

EXTRACCION POR LAS VIAS NATURALES ENSANCHADAS.—Sinfisiotomía.—Definición de esta operación y su historia.—Indicaciones y contra indicaciones.—(M) Instrumental de PINARD.—(M) Técnica de la operación.—Cuidados post-operatorios.—Resultados.

Hebotomía ó pubiotomía lateralizada.—Definición.—Indicaciones y contra indicaciones de esta operación.—(M) Técnica operatoria: técnica de GIGLI; técnica de VAN de VELDE; procedimiento de BUMM. — Sección de SUCHART SCHAUTTA.—Resultados de la operación.—Cuidados consecutivos.

OPERACIONES DESTINADAS A HACER LA EXTRACCION MEDIANTE LA REDUCCION PREVIA DEL FETO: *Embriotomías*.

Embriotomías cefálicas: *Craneotomía*: sus indicaciones; perforadores de SMELLIE, NOEGELE, perforador de BLOT.—*Craneotripsia*: *Cefalotripsia*, Cefalotribo de TARNIER.—*Basiotripsia*: Basiotribo de TARNIER; indicaciones de la basiotripsia; manual operatorio.—consejos de *Cranioclasia*: Cranioclasto de AUVARD: Manual operatorio.

Embriotomía cervical: tijeras de PINARD; embriótomo de TARNIER; embriótomo de RIBEMONT.—Indicaciones; manual operatorio con cada uno de estos instrumentos.—El gancho de BRAUN.

Embriotomía cormica: braquiotomía.—Eviceración.—Cleidotomía.—Definición.—Técnica.

EXTRACCIONES POR LA VIA ABDOMINAL.—Operación cesárea conservadora: su historia.—Indicaciones y contra indicaciones.—(M) Técnica de la operación cesarea.—(M) Resultados.—(M) Cuidados post operatorios.

(M) Operación extra peritoneal y sub peritoneal de FRANCK: sus ventajas.—Manual operatorio.—Resultados.—Modificaciones de LATZKE, la técnica de SELHEIM.—Resultados.

Operación de PORRO.—Definición.—Indicaciones.—(M) Manual operatorio.—Resultados.

ALUMBRAMIENTO ARTIFICIAL: indicaciones; manual operatorio del alumbramiento artificial; resultados de esta intervención. — Tendencia á la restringir el empleo de este acto operatorio.

DEONTOLOGIA

Cualidades que deben adornar á la partera.—Educación.—Cultura general.—Moralidad.—Fé en sus conocimientos científicos.—La exhibición ó *reclamo*.—Charlatanismo.—Condición de moralidad profesional es la prudencia en los procedimientos y en los juicios.—Valor moral ó entereza.—Veracidad.—Circunspección.—Celo en el cumplimiento del deber.—La instalación particular; útiles:—La bolsa de trabajo civil.—El libro registro de asistencias y honorarios.—Modelo de Boletín obstétrico.

La partera en relación con su clientela. *Non accidat nisi vocatus*.—El trato á sus clientes.—Caridad.—La dignidad propia.—Circunspección en el interrogatorio y en las exploraciones.—Prudencia en los pronósticos.—Discreción.—La prescripción de útiles necesarios debe estar en armonía con la condición económica de

su cliente, sin olvidar su responsabilidad, por omisiones en la desinfección.

La partera en relación con sus colegas.—La dignidad profesional.—La fraternidad: ayudar y ser ayudado.—El estímulo.—La fama.—La codicia.—La sustitución de servicios.

La partera en sus relaciones con el médico.—La partera es colaboradora, no antagonista del médico.—Su responsabilidad moral y civil, por invadir las atribuciones del médico.—Inmoralidad de los contratos privados entre parteras y médicos.

La partera ante la sociedad. — Su influencia, dada la calidad de su trabajo: peligros que esta influencia puede producir si la partera no reúne condiciones de idoneidad y moralidad.

La partera ante el Estado.—Disposiciones del Reglamento de la Facultad sobre ejercicio profesional.—Disposiciones legales sobre el uso de medios indebidos: Artículos de nuestro Código, respecto á estas cuestiones.—La responsabilidad en caso de asistencia de partos infectados y asépticos simultáneamente.—Responsabilidad por omisión en el cumplimiento de las reglas de desinfección.

El secreto profesional.—La asistencia de partos clandestinos.—Honorarios: Los honorarios han de estar en relación con la capacidad económica del cliente.

BIBLIOGRAFIA

- PAUL BAR.—A. BRINDEAU.—J. CHAMBRELENT: «La
Practique de l'art des Accouchements».—1914.
- E. BUMM.—«Tratado de Obstetricia».—1906.
- DR. D. RECASENS GIROL.—«Tratado de Obstetricia»
2a. ed.
- FABRE.—«Precis d'Obstetrique».—1910.
- DR. WALLICH —«Elements D'Obstetrique» —1907
- S. REMY.—«Precis de Medicine Operatoire Obstetri-
cale» —1893.
- G. LEOPOLD.—P. ZWEIFEL.—«Manual de la Comadrona».
—1912.
- HOWARD A. KELLY.—«Ginecología y Cirujía abdomi-
nal».—1913.
- A. PINARD.—«La Puericultura».—1909.
- G. VARIOT.—«La Puericulture Practique ou l'art d'ele-
ver les enfents du premier age».—1913.
- A. B. MARFAN.—J. ANDERODIAS.—RENE CRUCHET.—
«La Practique des Maladies des Enfants».—1909.
- CH. VINAY.—«Tratado de las enfermedades del emba-
razo y el Puerperio».—1894.
- L. DOUBRISAY.—C. JEANNIN.—«Precis D'Acouche-
ment».—1913.
- G. ENGELMANN.—P. RODET.—«La Practique des Acou-
chements chez les peuples primitifs».—1886.
- R. SEIGNEUX.—«Precis D'Obstetrique Operatoire».—
1909.
- G. LIEPMANN.—«Clínica Obstétrica».—1a. ed.
- C. JEANNIN.—P. GUENIOT.—«Therapeutique Obste-
tricale et Gynecologique».—1913.

- CH. MAYGRIER.—A. SCHWAB.—«Precis D'Obstetrique». —1909.
- MAD. BOIVIN.—«Memorial de l'art des Accouchements». —1836.
- MAD. LACHAPELLE.—«Practique des Acouchemens». —1821.
- A. RIBEMONT.—DESSAIGNES.—G. LEPAGE.—«Tratado de Obstetricia». —1896.
- A. PINARD.—V. WALLICH.—«Traitement de L'Infection Puerperale». —1896.
- PLAYFER.—«Tratado de Partos». —
- J. A. H. DEPAUL.—«Lecons de Clinique Obstetricale». —1872 - 76.
- A. AUVARD.—«Tratado Práctico de Partos». —
- N. CHARLES.—«Cours D'Acouchements». —1887.
- L. H. FARABEUF.—E. VARNIER.—«Introducción al estudio clínico y á la práctica de los Partos». —1906.
- P. BOUQUET.—«Theorie et Practique des Accouchements». —1900.
- P. BOUQUET.—«Grossesse, Acouchements - Direction du Travail». —1909.
- E. PAQUY.—«Manuel de Practique Obstetricale». —1910.
- G. MORACHE.—«Grossesse de Acouchements». —1903.
- K. BAISCH.—«Guía Práctica del Diagnóstico tocológico y ginecológico». —1911.
- A. CRISPINO N.—«Investigaciones anatómicas y clínicas sobre la Etiología y el mecanismo del parto en las variedades Occipito-iliacas posteriores». —1913.
- GRAÑA F. «Programa de Higiene». (concurso de 1912.)

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Number of cases	100	100	100	100	100	100

No. correlativo.....

Nombre
Raza Edad
Nacionalidad Estado
Profesión Procedencia
Calle de N.
Demanda asistencia de Fecha

De familia:

Personales:

ESTADO ACTUAL

Numero del parto
Fecha del primer día de la ultima regla.....
Fecha en que sintió movimientos fetales
Fecha probable del parto.....
Evolución del embarazo actual.....
.....

RESULTADO DEL EXAMEN

Altura del utero.....*Circunferencia del vientre*.....
Palpación*Auscultación*.....
Tacto
Resultado del exámen de la orina.....

DIAGNOSTICO

Situación*Presentación*
Posición.....*Variedad*.....

CONFORMACION

Estatura.....*Rombo de Michaelis*.....

PELVIMETRIA

Diámetro Baudelocque.....*Diámetro Biespinoso anterior* ..
„ *Bicrestal* „ *Bitrocanteriano*.....
„ *Biespinoso posterior* .. „ *Bi isquiático*.....
„ *Conj. diagonal*..... „ *Conjugata vera*

OBSERVACIONES

.....

EL PARTO

Comienzo de la dilatación: Fecha..... Hora.....
Dilatación completa.....
Rotura de las membranas.....
Expulsión.....
Desprendimiento..... Diagnóstico.....
Condición del periné..... Accidentes.....
Tratamiento.....

EL ALUMBRAMIENTO

Expulsión..... Fecha..... Hora.....
Presentación..... Peso.....
Aspecto..... Inserción del cordón.....
Longitud del cordón..... Accidentes.....
Tratamiento:.....

EL PUERPERIO

Loquios.....

Altura del útero																					
Fechas																					
Respira- ción	Pul saciones	Tempera tura	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
70	175	42																			
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
60	160	41																			
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
50	125	40																			
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
40	100	39																			
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
30	75	38																			
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
20	50	37																			
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
10	25	36																			
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4																		
			2																		
			8																		
			6																		
			4					</													

Observaciones relativas al puerperio:

EL RECIEN NACIDO

Sexo Raza Longitud

Conformación:

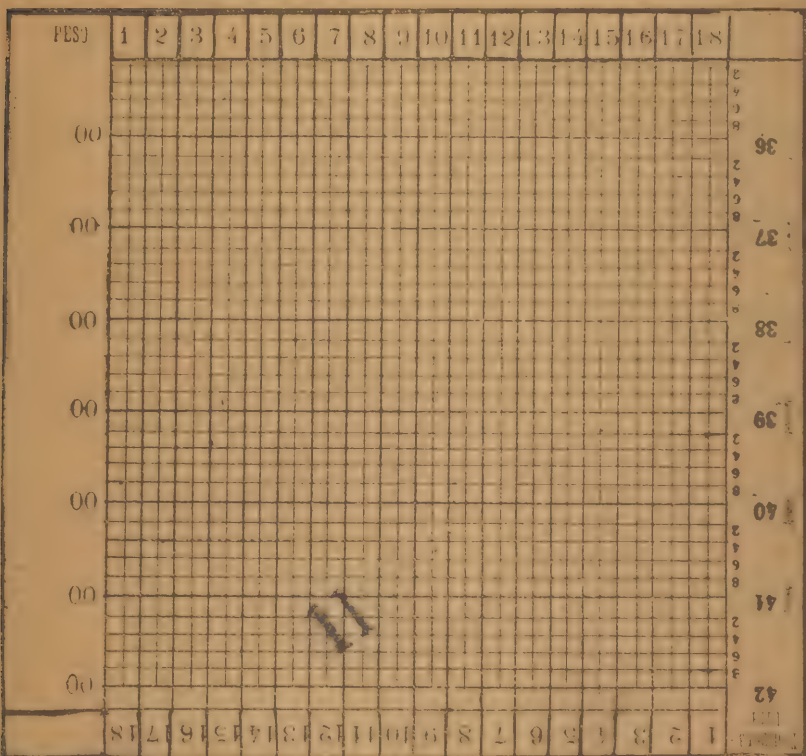
Diámetro O-F O M B T

„ S O F S O M B M

„ O B M B B A

„ S O B B P B T

CURVAS DE PESO Y TEMPERATURA DEL NIÑO







AY 5 1949

WQ 18 M285p 1915

47630270R



NLM 05244973 2

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE